

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Rapport 2022:09

Helsefrivillighetens samfunnsbidrag under koronapandemien

Karl Henrik Sivesind, Daniel Arnesen, Vibeke Wøien
Hansen, Audun Fladmoe og Bernard Enjolras

© Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor 2022
Rapport 2022:09

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Co/Institutt for samfunnsforskning
Munthes gate 31
Postboks 3233 Elisenberg
0208 Oslo
www.sivilsamfunn.no

ISBN (digital): 978-82-7763-762-4
ISSN (digital): 1891-2176

Rapporten er finansiert av Stiftelsen Dam gjennom prosjektet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor». Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom NORCE Samfunn og Institutt for samfunnsforskning.

Innhold

Innhold	3
Forord	4
Innledning	5
Formål og forskningsspørsmål	7
Data og metode	9
Frivillig arbeid og medlemskap	13
Omfang av frivillig innsats og medlemskap i 2019 og 2022	13
Forklaringer på endringer i deltakelse i frivillig arbeid	21
Helseorganisasjoners bidrag under koronapandemien	25
Koronarelaterte aktiviteter i regi av nasjonale helseorganisasjoner	25
Koronarelaterte aktiviteter i regi av lokale helseforeninger	33
Koronarelaterte aktiviteter og mobilisering i tre beredskapsorganisasjoner	38
Konklusjon	41
Sammendrag	44
English Summary	46

Forord

Koronapandemien påvirket alle deler av det norske samfunnet, også frivillig sektor. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor har gjennomført spørreundersøkelser i befolkningen og blant organisasjoner før og underveis i pandemien for å analysere koronapandemiens betydning for frivillig sektor (Fladmoe & Arnesen, 2022). Denne rapporten tar utgangspunkt i dette store prosjektet, men ser nærmere på helsefrivillighetens rolle. Dette omfatter kategoriene helse, pleie og redningsarbeid, sosiale tjenester og organisasjoner for syke og personer med nedsatt funksjonsevne. Rapporten presenterer funn som kan si noe om hvordan pandemien påvirket frivillig arbeid, medlemskap og frivillige organisasjoner på kort sikt. Videre forskning vil avdekke de langsiktige konsekvensene pandemien har hatt for frivillig sektor.

Den er blitt til som resultat av et prosjekt finansiert av Stiftelsen Dam. Foreløpige analyser av materialet som inngår i dette notatet har vært presentert på Helsefrivillighetens dag den 7. april 2022 og på Arendalsuka den 17. august 2022. Det er også planlagt en presentasjon på Frivillighetens dag 5. desember 2022. Vi vil rette en særlig takk til Hege Bjørnsdatter Braaten, Jan-Ole Hesselberg, Anders Kjellevold og Ida Svege for nyttige innspill og tilbakemeldinger underveis i arbeidet.

Oslo, november 2022

Karl Henrik Sivesind, Daniel Arnesen, Vibeke Wøien Hansen, Audun Fladmoe og Bernard Enjolras

Innledning

Koronapandemien har hatt store konsekvenser for frivillig sektor. En rapport som analyserer data fra 2020, som var det første året med pandemi, peker for det første på at det har vært en relativt bred mobilisering til frivillig innsats (Arnesen & Sivesind, 2021). Mange har bidratt med arbeid, tid og penger for å få ut informasjon og å hjelpe personer i sårbare grupper og andre under krisen. Videre finner den at frivillige organisasjoner har spilt en sentral rolle i koordinering av denne innsatsen. For en del av innsamlingsorganisasjonene har det også skjedd en mobilisering av eksisterende og nye givere. Det viser at organisasjonene fortsetter å være viktige mobiliseringsstrukturer i det norske samfunnet, spesielt i møte med samfunnsutfordringer som koronakrisen. Samtidig viser rapporten også at organisasjonene har støtt på utfordringer når det gjelder å opprettholde aktivitet og sikre stabil økonomi (Arnesen & Sivesind, 2021). Noe av nedgangen skyldes nedstengningen når normale organisasjonsaktiviteter ikke kunne gjennomføres, men det var også fokus på frivillig arbeid i forbindelse med pandemien. På den ene siden ble frivillige innen helse og beredskap engasjert i nye aktiviteter som å gi informasjon og hjelp, mens på den annen side ble mange organisasjonsaktiviteter gjennomført via internett og sosiale medier. Pandemien har åpnet for nye muligheter for organisasjonene, særlig når det gjelder gjennomføring av møter via elektroniske kanaler. Den har også synliggjort svake grupper som har særlige behov for informasjon fra troverdige kilder, eller for deltakelse i kulturelle, fysiske og sosiale aktiviteter.

De frivillige organisasjonene var blant de første som så behovene for ulike former for sosial beredskap som ikke omfattes av kriseplaner for smittevern og informasjon. Organisasjoner på området helse, omsorg og redningsarbeid har bidratt med koordinering av frivillige til koronatesting og vaksinerings, og til informasjonstelefoner som har avlastet det offentlige. I tillegg har organisasjoner organisert tilbud om informasjon og samtaler rettet mot unge og personer med innvandrerbakgrunn eller i sårbare grupper. Det er derfor viktig å se på organisasjonenes bidrag under pandemien i en videre forstand enn det som omfattes av beredskap og redning og som det øves på sammen med blålysetater og redningssentraler. Pandemien har vist at nedstenginger kan skape fysiske, psykiske og sosiale problemer som kan gi alvorlige skadevirkninger, og at et bredt spekter av frivillige organisasjoner har bidratt til å til å motvirke slike problemer.

Samtidig var det mange typer organisasjonsaktivitet som ikke kunne gjennomføres med smitteverntiltak og begrensninger på sosial kontakt. Mange organisasjoner innen kultur, idrett og fritid, samt på velferdsfeltet opplevde at medlemmer ikke så noen grunn til å fornye medlemskapet når aktivitetene de ønsket å være med på ikke kunne gjennomføres. Dessuten mistet mange organisasjoner inntekter fra arrangementer og utleie av lokaler (Arnesen & Sivesind, 2021). Kulturdepartementets kompensasjonsordninger bidro til å kompensere for bortfall av viktige inntekter og forebygget økonomiske vanskeligheter (Arnesen et al., 2020). Det finnes imidlertid kategorier av organisasjoner og en del typer inntekter som ikke ble dekket av ordningene. Noen organisasjoner har klart å legge om det inntektsbringende arbeidet, f.eks. når det gjelder pengeinnsamlinger og støttemedlemskap, men det er usikkert hvor lenge slike ekstra mobiliseringer kan vare. Mange organisasjoner måtte dermed bruke oppsparte midler, permittere ansatte og redusere aktivitet.

En stor del av de frivillige organisasjonene opplevde dermed en nedgang i disponible midler, samtidig som nye behov for tiltak ble avdekket som følge av pandemien, særlig på feltet helse og sosiale tjenester i vid forstand. Det var derfor et viktig bidrag når flere stiftelser allerede da de første nedstengningene skjedde la om sine tildelinger til de frivillige organisasjonenes aktiviteter som var rettet mot å motvirke ulemper og skadevirkninger av pandemien. Dette gjaldt blant annet flere sparebank-stiftelser¹ og Stiftelsen Dam som fordeler spillemidler fra Norsk Tipping til frivillige organisasjoners prosjekter som skal gi bedre helse gjennom deltakelse, aktivitet og mestring. Under koronapandemien bidro Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet med ekstra midler slik at mange flere målrettede prosjekter kunne realiseres.²

I denne rapporten undersøker vi hvilke konsekvenser koronapandemien har hatt for frivillig innsats. Vi kartlegger også på omfanget av koronarelatert aktivitet for helsefrivilligheten nasjonalt og lokalt samt illustrerer innsatsen gjennom eksempler fra noen enkeltorganisasjoner. Datagrunnlaget er i hovedsak spørreundersøkelser til befolkningen om frivillig innsats gjennomført før (vinteren 2019) og sent (vinteren 2022) i pandemien, og spørreundersøkelser til

¹ Se f.eks.: [Digital omstilling og innovasjon i nordnorsk frivillighet under koronakrisen - Kunnskapsbanken \(kbnn.no\)](https://www.kbnn.no/)

² Se «Ekstraprogram i forbindelse med koronaepidemien», «Stimuleringsprogram for helsefrivilligheten» og «Aktivitetsprogrammet» på <https://dam.no/programmer/>

frivillige organisasjoner gjennomført våren 2020, 2021 og 2022. I undersøkelsene som ble gjennomført i 2022, spørres det bl.a. om aktivitet de siste 12 måneder (dvs. deler av 2021 og tidlig i 2022), altså i en periode der pandemien preget frivillig sektors aktivitet. For å forstå hvordan konteksten var i perioden vi studerer, er det nyttig med en kort rekapitulering av smitteverntiltakene i 2021. De første månedene i 2021 var preget av høy smitte og strenge smitteverntiltak, spesielt i storbyene. Smitteverntiltakene ble gradvis lempet på utover våren i takt med synkende smittetall og utrulling av vaksiner. I slutten av september ble de fleste myndighetspålagte smitteverntiltak avsluttet, og det ble innført en såkalt «normal hverdag med økt beredskap». Denne normalperioden varte imidlertid ikke lenge. Etter at det ble oppdaget en ny virusvariant (omikron) og smittespredningen igjen økte raskt, ble det gjeninnført strenge smitteverntiltak mot slutten av året, som varte fram til februar 2022.

Det er viktig å ha med seg denne konteksten i tolkningen av resultatene. Analysene i denne rapporten kan ikke si noe direkte om årsakssammenhenger, men kan si noe om hvordan pandemien påvirket frivillig arbeid, medlemskap og frivillige organisasjoner på *kort* sikt. Videre forskning, etter at det har gått noe tid med mer eller mindre normaltilstand, vil kunne avdekke de *langsiktige* konsekvensene pandemien har hatt for frivillig sektor.

Formål og forskningsspørsmål

Formålet med denne rapporten er gi kunnskap om og synliggjøre hva som har vært helsefrivillighetens rolle og samfunnsbidrag under koronapandemien både på individnivå og på organisasjonsnivå. Gjennom å undersøke denne problemstillingen vil vi mer konkret kartlegge og gi en bedre forståelse av de roller, aktiviteter og oppgaver som frivillige organisasjoner i helsefrivilligheten har stått for i møte med pandemien, og mobiliseringen av frivillig innsats. Mot denne bakgrunn vil vi videre belyse helsefrivillighetens bidrag både til helseberedskap og sosial beredskap under pandemien. Med sosial beredskap mener vi ivaretagelse av sårbare grupper i befolkningen som nedstengninger under pandemien traff spesielt hardt (f. eks. barn og unge, eldre, personer med funksjonsnedsettelse eller syke). Slik beredskap kan her være sosial omsorg, menneskelig kontakt, assistanse og aktiviteter for de som ellers kan bli isolerte.

Problemstillingene som ligger til grunn i prosjektet er derav som følger:

- Hvilken innvirkning har koronapandemien hatt på frivillig innsats og på den frivillige innsatsen til de helsefrivillige spesielt?
- Hvilke typer aktiviteter har helsefrivilligheten satt i gang eller gjennomført under koronapandemien, og i hvilken grad har aktiviteten foregått i samarbeid med andre (det offentlige, andre organisasjoner, næringsliv) og blitt påvirket av økonomiske tiltak fra det offentlige, stiftelser og fond?

For å svare på det første delspørsmålet vil vi undersøke omfanget av mobilisering av frivillige til hjelpeinnsats og kartlegge hvilken innvirkning koronapandemien har hatt på frivillig innsats. For å gjøre dette, sammenlikner vi omfanget av frivillig innsats og medlemskap i frivillige organisasjoner i 2019 med 2022. Deretter ser vi på koronarelatert frivillighet spesielt og ulike forklaringer på endringer i frivillig innsats knyttet til sosiodemografiske kjennetegn ved respondentene.

For å svare på det andre delspørsmålet kartlegger vi typer og omfang av aktiviteter gjennomført eller igangsatt av organisasjoner i helsefrivilligheten under koronapandemien, for eksempel når det gjelder beredskapsplanlegging, formidling av informasjon, hjelp til syke og sårbare grupper og koordinering av frivillige. Vi undersøker også i hvilken grad aktivitetene har foregått i samarbeid med andre, som offentlige myndigheter, andre organisasjoner og næringslivsaktører, samt kjennetegn ved disse samarbeidene. Gjennom å besvare dette delspørsmålet bidrar rapporten til kunnskap om rollen til frivillige helseorganisasjoner, både som selvstendige aktører og i samarbeid med det offentlige og andre samfunnsaktører og både nasjonalt og lokalt. Vi ser også koronarelaterte aktiviteter i sammenheng med ulike kjennetegn ved foreningene slik som om foreningen har ansatte, mottok tilskudd fra det offentlige, mottok støtte fra stiftelser og fond og om foreningen samarbeidet med andre.

Svarene på delspørsmålene er viktige for å forstå rollen organisasjoner i helsefrivilligheten har i mobilisering av frivillige og andre sosiale og økonomiske ressurser i møte med en samfunnskrise som koronapandemien. Rapporten bidrar i så måte til å gi bedre kunnskap om faktorer som har begrenset eller fremmet helsefrivillighetens rolle og samfunnsbidrag under pandemien og i større krisesituasjoner mer generelt.

Data og metode

For å undersøke disse spørsmålene er analysen basert på 1) panelundersøkelsen om frivillig innsats i befolkningen og 2) data fra undersøkelser gjennomført blant frivillige organisasjoner under koronapandemien. Dette omfatter undersøkelser fra våren 2020, våren 2021 og våren 2022. Målgruppene for disse undersøkelsene var alle typer frivillige organisasjoner, herunder også helseorganisasjoner. Det er i undersøkelsene stilt spørsmål om blant annet aktiviteter, mobilisering av frivillige og økonomi under koronapandemien.

Panelundersøkelsen om frivillig innsats er en spørreundersøkelse som ble gjennomført mot et befolkningsrepresentativt utvalg av den voksne, norske befolkningen før (vinteren 2019) og etter to år med pandemi (vinteren 2022). Respondentene ble trukket fra Kantars webpanel, «GallupPanelet». De som svarte på undersøkelsen i 2019 (n = 5154) ble invitert på nytt i 2022. 2774 personer svarte på begge undersøkelsene. For å få minst 3000 respondenter i 2022 ble det gjennomført intervju med ytterligere 366 respondenter.

I analysene i denne rapporten bruker vi to ulike utvalg. Når vi analyserer endringer over tid (før og etter korona), analyserer vi utelukkende panelutvalget, altså de som svarte på begge undersøkelsene. På denne måten følger vi de samme personene over tid. Dette gjør at de absolutte nivåene som rapporteres (f.eks. andel som deltar i frivillig arbeid), kan avvike fra andre undersøkelser. Det sentrale i disse analysene er imidlertid de *relative* endringene over tid, altså hvordan nivåene har endret seg over tid. Ved å følge de samme respondentene reduserer vi målefeil som kan oppstå når to ulike utvalg sammenlignes.

Undersøkelsen i 2022 inneholdt imidlertid også noen nye spørsmål, som handlet helt spesifikt om pandemien. Når vi analyserer disse spørsmålene, benytter vi hele utvalget av respondenter som svarte på undersøkelsen i 2022 (tverrsnittutvalg). Fordelen med å benytte dette utvalget til disse analysene, er først og fremst at det er med flere unge voksne respondenter, som er den gruppen som i størst grad er underrepresentert i panelutvalget. I rapporten «Frivillighet i pandemiens tid» står det om respondenter og skjvheter i utvalgene og hvordan dette er behandlet (Fladmoe & Arnesen, 2022).

I denne rapporten zoomer vi spesielt inn på de helsefrivillige. Dette vil si dem som er frivillige i helse, pleie og/eller redningsarbeid, sosiale tjenester og organisasjoner for syke og personer med nedsatt funksjonsevne spesielt. I organisasjonsundersøkelsene zoomer vi inn på en undergruppe i disse undersøkelsene: Frivillige organisasjoner som har sitt virke innen helse

(helsefrivilligheten). Mer presist defineres helsefrivilligheten som organisasjoner innen aktivitetskategoriene helse, pleie og redningsarbeid, sosiale tjenester og organisasjoner for syke og personer med nedsatt funksjonsevne. Dette omfatter både organisasjoner som er medlemmer og/eller har søkerrett hos Stiftelsen Dam og andre organisasjoner med helserelaterede formål. Bakgrunnen for at prosjektet tar for seg helsefrivilligheten i bredt forstand for å sikre generaliserbare og robuste funn i analysene. Helseorganisasjoner utgjør en begrenset subpopulasjon i undersøkelsene. Estimer for mindre kategorier organisasjoner basert på disse dataene vil ha en betydelig grad av usikkerhet (stort konfidensintervall). Antallet respondenter som er medlemmer og/eller søkeberettigede hos Stiftelsen Dam gjør det ikke tilrådelig å bryte ned tallene på disse. Analysene må dermed fokusere på helsefrivilligheten som overordnet kategori.

Data om nasjonale organisasjoner stammer fra tre undersøkelser som Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor gjennomførte på ulike tidspunkter under koronapandemien. Undersøkelsene ble gjennomført elektronisk ved utsendelse av spørreskjema per e-post. Den første ble gjennomført allerede i april 2020, for å få kunnskap om situasjonen i sektoren like etter den første nedstengningen. Denne ble gjennomført blant nasjonale organisasjoner med betalte ansatte, og siktet seg slik sett inn mot litt større og mer aktive organisasjoner. Den ble sendt ut til 941 organisasjoner, hvorav det kom inn svar fra 371 av dem. Dette tilsvarer en responsrate på 39 prosent (Arnesen & Sivesind, 2021).

Det ble deretter gjennomført en ny undersøkelse blant nasjonale organisasjoner i februar og mars 2021. Denne ble sendt ut til alle typer nasjonale organisasjoner, basert på samme lister som brukt i tidligere undersøkelser (Arnesen & Sivesind, 2020). Listene ble sjekket opp mot Brønnøysundregisteret og nedlagte organisasjoner fjernet. Bruttoutvalget var 3098 organisasjoner, og det kom inn svar fra 508 av disse. Dette gir en responsrate på 16 prosent. Av svarene var 55 fra helseorganisasjoner (av 315, det vil si 17 prosent). Foruten at pandemien kan ha påvirket organisasjonenes driftssituasjon, er en forklaring på responsraten at det på nasjonalt plan finnes mange små organisasjoner med begrenset aktivitet og kapasitet. Det ble gjort en tilsvarende undersøkelse i mai og juni 2022. Det ble også her gjort en sjekk opp mot Brønnøysundregistrene. Bruttoutvalget i denne var 2952 organisasjoner og det kom inn 476 svar. Dette gir en responsrate på 16 prosent. Av svarene var 63 fra helseorganisasjoner (av 287 det vil si 22 prosent).

I 2022 ble det også gjennomført en lokallagsundersøkelse. Målgruppen for denne undersøkelsen var lokale lag, foreninger og organisasjoner registrert i Frivillighetsregisteret. Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk med spørreskjema sendt ut per e-post, fra februar til april. Av de 62 150 enhetene i registeret var det registrert fungerende e-postadresse til kontaktperson i foreningen for 31 911 av dem. Ettersom de som ikke mottar tilskudd eller Grasrotandel, ikke har noe sterkt insentiv for å registrere seg, omfatter Frivillighetsregisteret ikke alle typer lag og foreninger. I tillegg er det sannsynligvis en overvekt av dem som er mer aktive enn andre. Samtidig har antallet registrerte enheter økt over tid. Totalt kom det inn 5 133 svar, som gir en responsrate på 16 prosent. Av disse var det 445 lokale helseforeninger (av 2121, det vil si 21 prosent).

Sammenlikner vi nettoutvalget i 2022 med bruttoutvalget (Frivillighetsregisteret med registrert e-postadresse), finner vi en overrepresentasjon av foreninger innen kunst og kultur, hobby og fritid og rettighets- og støttarbeid, og en underrepresentasjon av dem innen idrett og bo- og lokalmiljø. Sett i forhold til Frivillighetsregisteret som helhet, er det en sterk overrepresentasjon av foreninger innen kunst og kultur og en underrepresentasjon av dem innen bo- og lokalmiljø, tro og livssyn og barn og ungdom. Vi korrigerer for disse skjevhetene gjennom bruk av vektorer. Det kan være flere forklaringer på disse skjevhetene. De kan reflektere forskjeller i hvor aktive foreninger som er registrert i registeret, egentlig er. Foreninger som var mer berørt av pandemien, kan ha vært mer tilbøyelig til å svare, eller motsatt, at der hvor driften ble mest påvirket av pandemiens konsekvenser, hadde man ikke kapasitet til å svare. Samtidig var det ingen betydelige skjevheter etter om foreningene hadde ansatte eller ikke, slik som har vært en tendens i tidligere undersøkelser (se også Fladmoe & Arnesen, 2022).

I alle undersøkelsene ble det stilt spørsmål om hvorvidt organisasjonene hadde gjennomført ulike koronarelaterte aktiviteter og om samarbeid med andre aktører, samt samlet inn ulike bakgrunnsopplysninger. De tre nasjonale organisasjonsundersøkelsene ble gjennomført som tverrsnittsundersøkelser, slik at det til dels kan være forskjellige organisasjoner som har svart fra gang til gang. Selv om de omfatter en del helseorganisasjoner, er antallet svar i gruppen lite. Det betyr at det hefter seg større statistisk usikkerhet til dataene. De brukes derfor i første rekke til deskriptive analyser og sammenligner mellom helseorganisasjoner og andre typer organisasjoner. Lokallagsundersøkelsen omfatter et noe større utvalg og gir bedre anledning til å bryte ned tall på bakgrunnsvariabler med en gitt statistisk usikkerhet.

I analysene deles organisasjonene i to hovedkategorier: 1) Helsefrivilligheten som består av helse, pleie og redning, sosiale tjenester, og organisasjoner for syke og personer med nedsatt funksjonsevne. 2) andre organisasjonskategorier som inngår i lokallagsundersøkelsene. Se rapporten «Frivillighet i pandemiens tid» (Fladmoe & Arnesen, 2022) for mer informasjon.

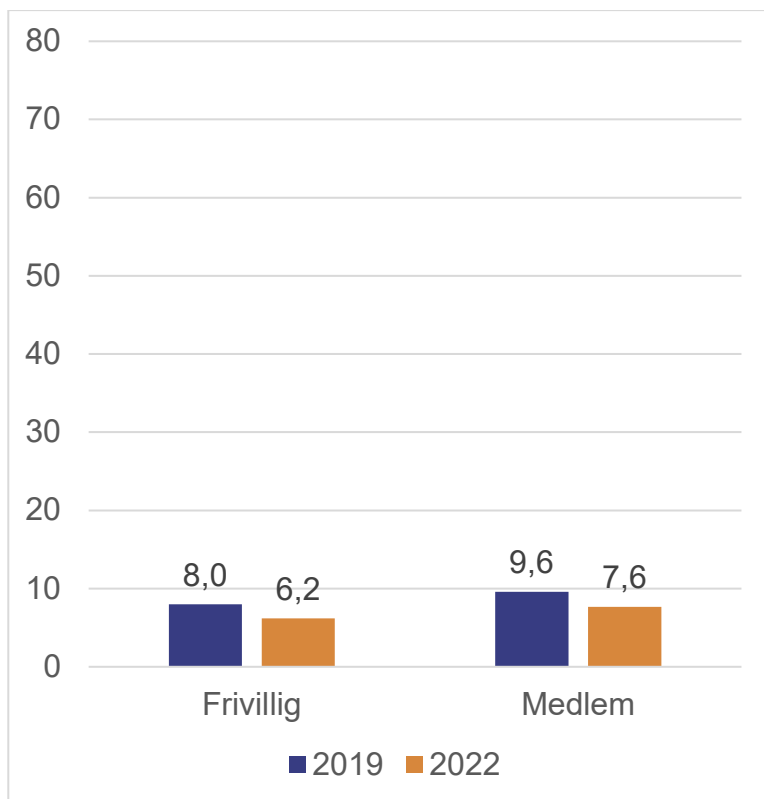
Frivillig arbeid og medlemskap

I dette kapitlet studerer vi hvilken innvirkning koronapandemien har hatt på frivillig innsats. Det er viktig å understreke at siden den andre undersøkelsen ble gjennomført vinteren 2022, mens det fortsatt var smitteverntiltak, er det betydningen av pandemien *på kort sikt* vi studerer. Først undersøker vi omfanget av frivillig innsats og medlemskap i frivillige organisasjoner i 2019 og 2022. Vi sammenlikner helsefrivilligheten spesielt med andre organisasjoner generelt, og ser også på graden av koronarelatert frivillighet. Til slutt ser vi på ulike mulige forklaringer på endringer i frivillig innsats knyttet til sosiodemografiske kjennetegn ved respondentene.

Omfang av frivillig innsats og medlemskap i 2019 og 2022

Både undersøkelsen i 2019 og undersøkelsen i 2022 begynte med spørsmål som er ment å kartlegge omfanget av frivillig innsats og medlemskap i frivillige organisasjoner. Disse spørsmålene er veletablerte og har vært stilt i nasjonale undersøkelser om frivillig innsats siden 1990-tallet (Arnesen, 2015). Frivillig innsats måles ved å spørre om respondentene «(...) i løpet av de siste 12 månedene [har] utført frivillig arbeid for frivillige organisasjoner på noen av de følgende områder», etterfulgt av en liste med 14 organisasjonskategorier (med eksempler), i tillegg til en åpen kategori («Annet»). Spørsmålsformuleringen og organisasjonskategoriene er basert på ILOs manual for måling av frivillig arbeid (ILO, 2011). Det viktigste målet på befolkningsandelen som har gjort frivillig arbeid, er om man har bidratt minst én gang i løpet av de siste 12 månedene. I og med at undersøkelsene er gjennomført vinteren 2019 og 2022, betyr det at innsatsen er utført i periodene 2018–19 og 2021–22.

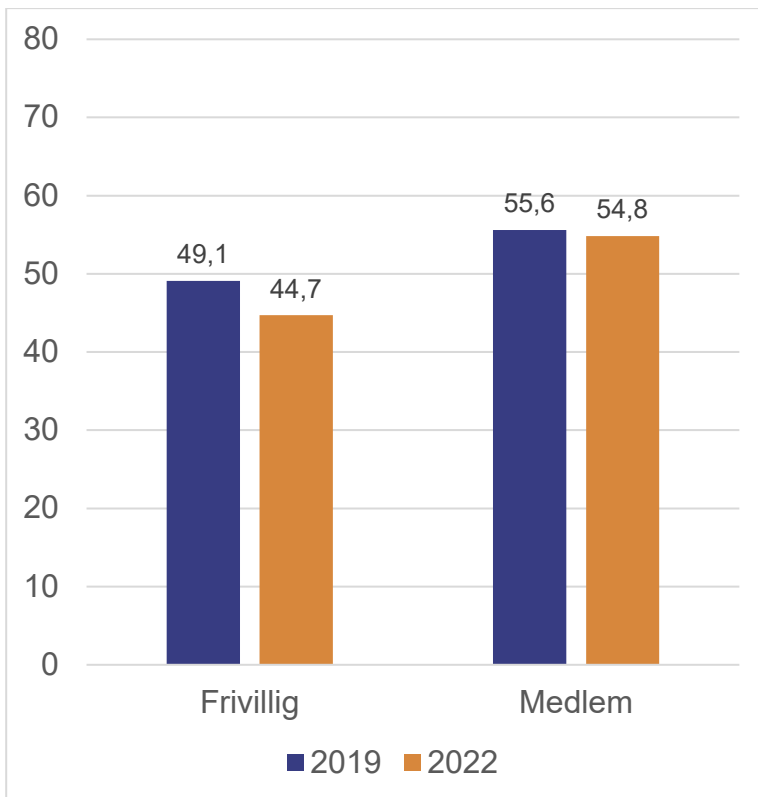
Medlemskap i frivillige organisasjoner er målt ved å spørre om respondentene er «(...) medlem i frivillige organisasjoner på noen av følgende områder», etterfulgt av den samme svarlisten som ble brukt i spørsmålet om frivillig innsats. Dermed er «medlemskap» avgrenset til medlemskap på tidspunktet for gjennomføringen av undersøkelsen.



Figur 1. Prosent av befolkningen som utførte frivillig arbeid eller var medlem av helseorganisasjoner siste 12 måneder

Kilde: Panelutvalg. Spørsmålsformuleringer: (a) «Har du i løpet av de siste 12 månedene utført frivillig arbeid for frivillige organisasjoner på noen av følgende områder (eksempler i parentes) ...»; (b) «Er du medlem i frivillige organisasjoner på noen av følgende områder:». Helsefrivilligheten omfatter kategoriene helse, pleie og redningsarbeid, sosiale tjenester og organisasjoner for syke og personer med nedsatt funksjonsevne.

Figur 1 viser at i 2019 var 8 prosent av respondentene frivillige og nesten 10 prosent var medlemmer i helseorganisasjonene. I 2022 var andelen gått ned med ca 2 prosentpoeng både for frivillige og medlemmer. Dette omfatter likevel et stort antall personer i forhold til befolkningen mellom 16 og 79 år.

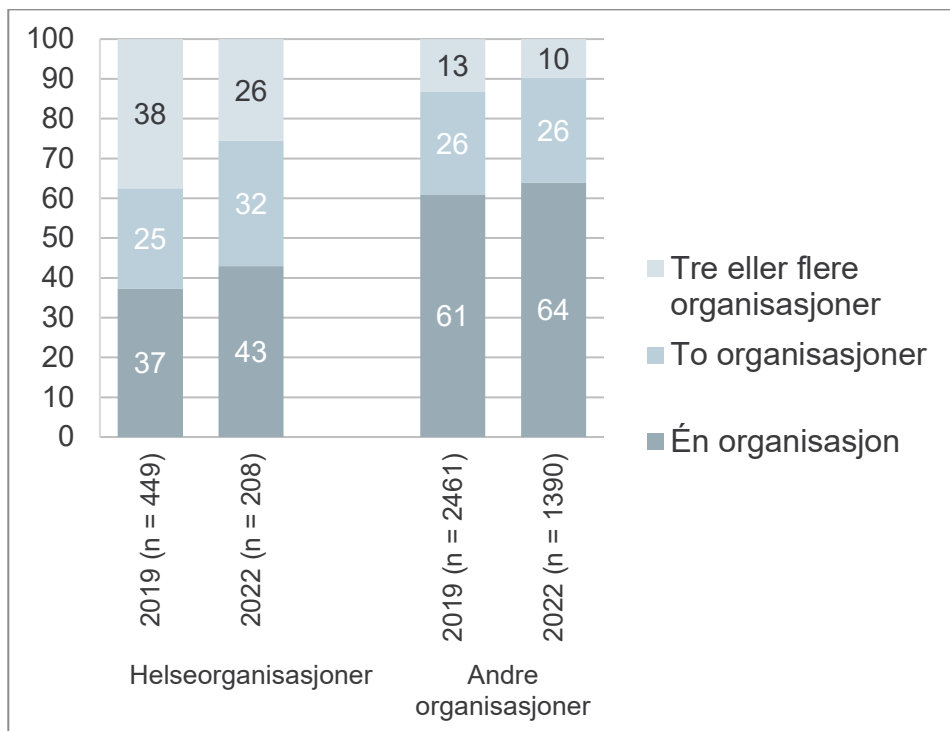


Figur 2. Prosent av befolkningen som utførte frivillig arbeid eller var medlem av andre organisasjoner siste 12 måneder

Kilde: Panelutvalg. Spørsmålsformuleringer: (a) «Har du i løpet av de siste 12 månedene utført frivillig arbeid for frivillige organisasjoner på noen av følgende områder (eksempler i parentes) ...»; (b) «Er du medlem i frivillige organisasjoner på noen av følgende områder:». Kategorier som ikke tilhører helsefrivilligheten i forrige figur er slått sammen til «andre organisasjoner».

Om vi ser på organisasjonene utenom helseorganisasjonene er det en større nedgang på 4,4 prosentpoeng når det gjelder frivillig arbeid, mens nedgangen i medlemskap bare er på under ett prosentpoeng (Figur 2). Terskelen for å bli registrert som frivillig er imidlertid ikke høy når kravet er at man har deltatt i frivillig innsats minst én gang i løpet av de siste 12 månedene. For å få et bedre bilde på omfanget kan vi se på hvor mange organisasjoner (organisasjonskategorier) respondentene oppgir på spørsmålene om frivillig innsats og medlemskap, samt hvor mange timer de vanligvis bruker på frivillig arbeid.

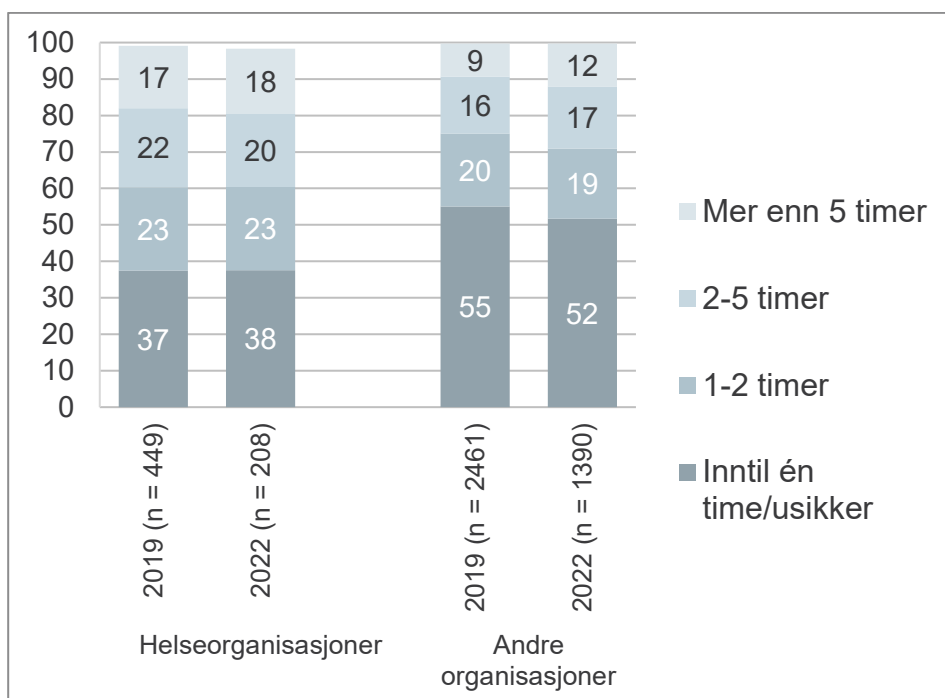
Figur 3 viser hvor stor andel av de frivillige som i 2019 og 2022 hadde utført frivillig innsats i henholdsvis én organisasjon, to organisasjoner og tre eller flere organisasjoner. Figuren viser at det er en økning i andelen som oppgir at de har bidratt for én organisasjon, mens det er en nedgang i andelen som oppgir at de har gjort innsats for tre eller flere organisasjoner. Endringen er større for helseorganisasjoner der det var 6 prosentpoeng flere som bare var frivillige i en organisasjon i 2022, mens det for andre organisasjoner var en økning på 3 prosentpoeng. Innen helseorganisasjonene var det dessuten en økning i andelen som var frivillige i to organisasjoner (7 prosentpoeng) og en kraftig nedgang i andelen som var frivillig i 3 eller flere organisasjoner (-12 prosentpoeng). Med andre ord var engasjementet i større grad avgrenset til bidrag for én organisasjon i 2022 enn før pandemien. Det var altså færre frivillige i 2022 enn i 2019, og de som bidro konsentrerte seg i større grad om én organisasjon. I helseorganisasjonene var det en økning både i andelen som bidro for én og for to organisasjoner. Vi skal senere se om koronarelaterte aktiviteter kan være en medvirkende årsak til denne forskjellen.



Figur 3. Antall organisasjonskategorier de frivillige har utført frivillig innsats for siste 12 måneder (2021).

Kilde: Panelutvalg. Antall organisasjoner er kalkulert med utgangspunkt i hvor mange organisasjonskategorier respondentene svarte de hadde utført frivillig innsats for siste år, eller var medlem i.

Et siste overordnet mål på omfang av frivillig innsats, er hvor mange timer de frivillige har brukt på innsatsen. I undersøkelsen fikk alle som hadde utført frivillig innsats, et oppfølgingsspørsmål om hvor mange timer de omtrentlig hadde brukt på frivillig arbeid i en vanlig uke det siste året. Spørsmålet hadde seks svaralternativer («Mellom en halvtime og en time»; «1 til 2 timer»; «2 til 5 timer»; «Mer enn fem timer»; «Ikke sikker»). Figur 4 viser altså den andelen som har deltatt i frivillig innsats totalt, fordelt på timebruk. Kategoriene opp til én time er slått sammen med de som ikke var sikre.



Figur 4. Ukentlig timebruk på frivillig arbeid siste år (2021). Prosent.

Kilde: Panelutvalg. Spørsmålsformulering: «Om du tenker på det siste året under ett, omtrent hvor mye tid brukte du på frivillig arbeid i en vanlig uke?»

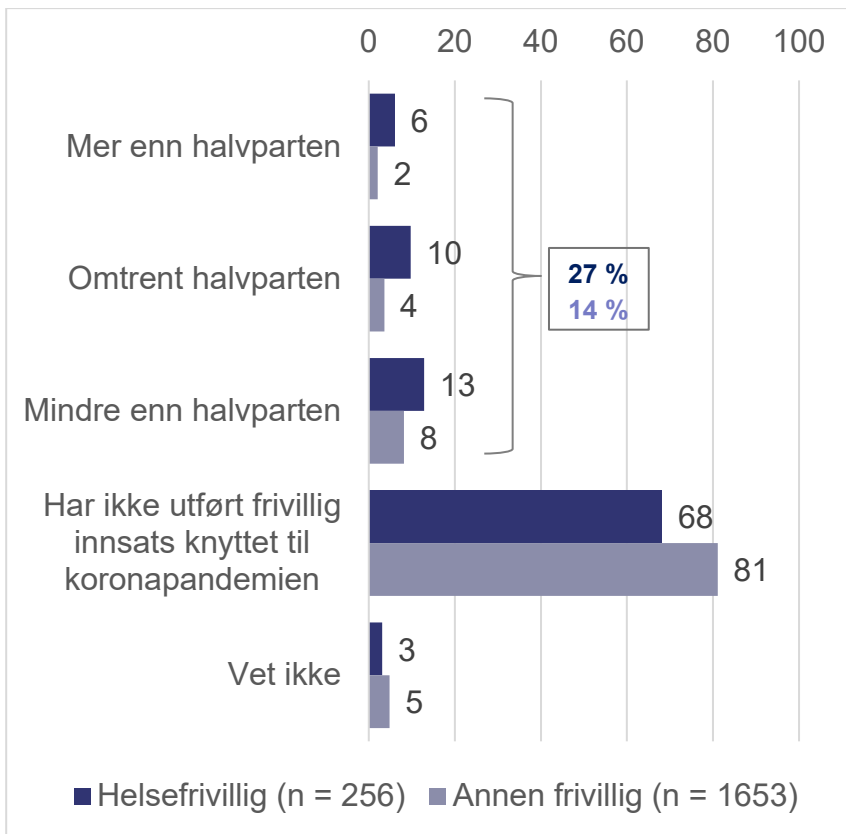
Figur 4 viser at det ikke har skjedd noen endring i timefordelingen for helsefrivillige. For andre organisasjoner er nedgangen i frivillig innsats størst blant dem som har brukt minst tid på innsatsen, men det er små endringer.

I helseorganisasjonene er andelene i 2022 som gjorde inntil én time bare 38 prosent, og litt høyere for 1–2 timer med 23 prosent (vs. 19 prosent), for 2–5 timer med 20 prosent (vs. 17 prosent), og for mer enn 5 timer med 18 prosent (vs. 12 prosent). De helsefrivillige var altså frivillige i færre organisasjonskategorier, men det var større andeler som bidrog med flere timer enn det var i andre organisasjoner både før og under pandemien.

I tidligere publikasjoner har vi med utgangspunkt i tidsbruken og en grense på to timer i uka / ti timer i måneden skilt mellom «kjernefrivillige» og «korttidsfrivillige». Analyser av de store frivillig innsats-undersøkelsene til SSB har vist at på tross av variasjoner over tid, har andelen kjernefrivillige vært påfallende stabil de siste 20 årene (Fladmoe, Eimhjellen, Sivesind & Arnesen 2019). Denne analysen viser det samme bildet: Grunnfjellet av frivillige har holdt seg stabilt gjennom pandemien for helsefrivillige med ca. 38 prosent, mens det har økt litt for andre organisasjoner fra 25 til 29 prosent fra 2019 til 2022.

Nedgangen i andre frivillige organisasjoner kan skyldes at pandemien har truffet disse ulikt og f.eks. barneidretten i perioder ble helt nedstengt.

Helsefrivilligheten kan i større grad ha tilpasset aktivitetene ved å gjennomføre frivillig arbeid relatert til koronapandemien og ved å ta i bruk digitale kanaler.

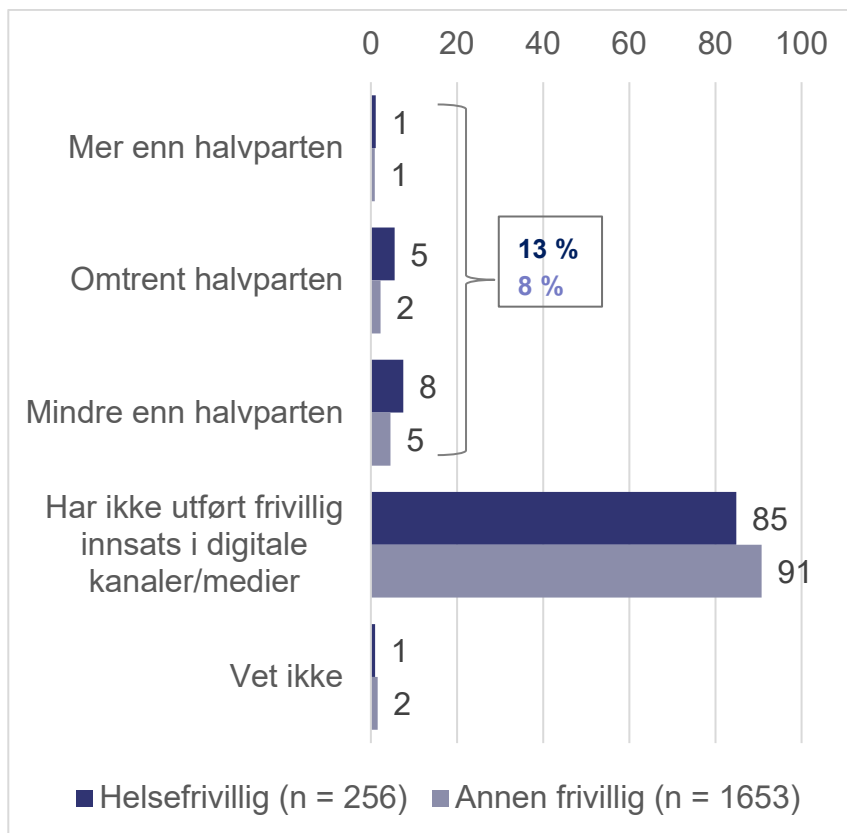


Figur 5. Frivillighet knyttet til koronapandemien siste 12 måneder (2021), prosent

Kilde: Panelutvalg. Oppfølgingsspørsmål til de som har gjort frivillig arbeid: «Har noen av disse arbeidsoppgavene vært knyttet til koronapandemien, og i så fall hvor mye?»

Alle som svarte at de hadde deltatt i frivillig arbeid for minst én organisasjon i løpet av de siste 12 månedene, fikk et oppfølgingsspørsmål om noen av arbeidsoppgavene de hadde utført var knyttet til koronapandemien, og i så fall hvor mye. Figur 5 viser at i helsefrivilligheten er andelen av koronarelatert aktivitet høyere enn i andre organisasjoner. Det gjelder både de som har utført mer enn halvparten, halvparten og mindre enn halvparten av det frivillige arbeidet knyttet til koronapandemien. Til sammen er det 27 prosent av befolkningen i helsefrivilligheten mot bare 14 prosent i andre organisasjoner som har utført koronarelatert frivillighet i større eller mindre grad. I helseorganisasjonene er det 68 prosent som ikke har gjort frivillig arbeid knyttet til koronapandemien, mens det i andre organisasjoner er hele 81 prosent. Det er

en stor bredde av organisasjoner som inkluderes i helsefrivilligheten, og andelen som har utført koronarelevant frivillighet blir dermed utvannet. I beredskapsorganisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening, Røde Kors og Norsk Folkehjelp er andelen mye høyere (se side 38-40 i denne rapporten). Det er likevel verdt å merke seg at helseorganisasjonene i sin fulle bredde har mobilisert en betydelig andel av befolkningen til koronarelatert frivillig arbeid.



Figur 6. Digital frivillighet siste 12 måneder (2021), prosent

Kilde: Panelutvalg. Oppfølgingsspørsmål til de som har gjort frivillig arbeid: «Omtrent hvor mye av det frivillige arbeidet du har gjort i løpet av det siste året ble utført i digitale kanaler/medier?»

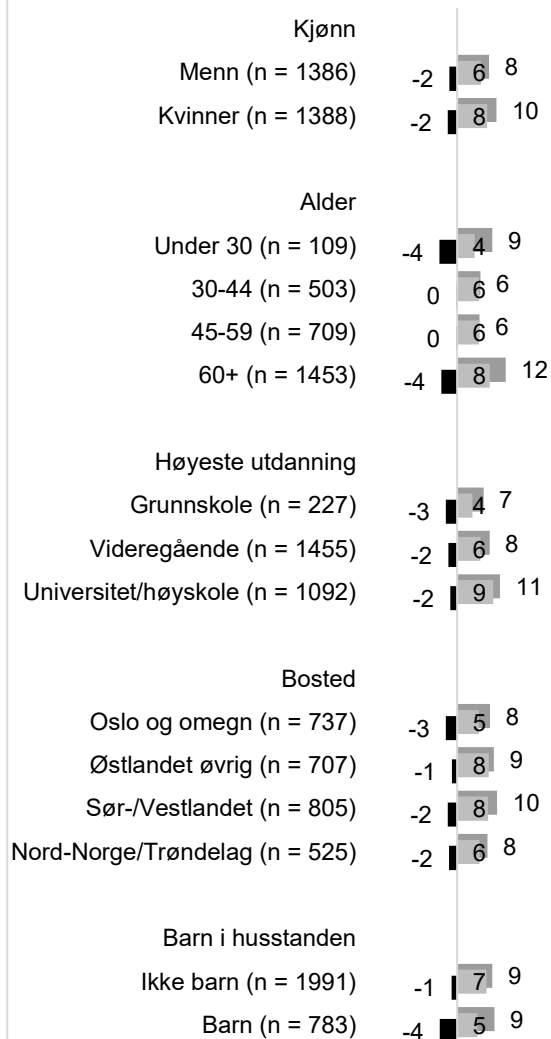
Til sist viser Figur 6 andelen av befolkningen som har utført digital frivillighet de siste 12 månedene. Eksempler på slikt arbeid som nevnes i spørreskjemaet er Facebookside, hjemmeside, blogg etc. I helseorganisasjonene er det 13 prosent som har utført digital frivillighet i større eller mindre grad, mens andelen bare er

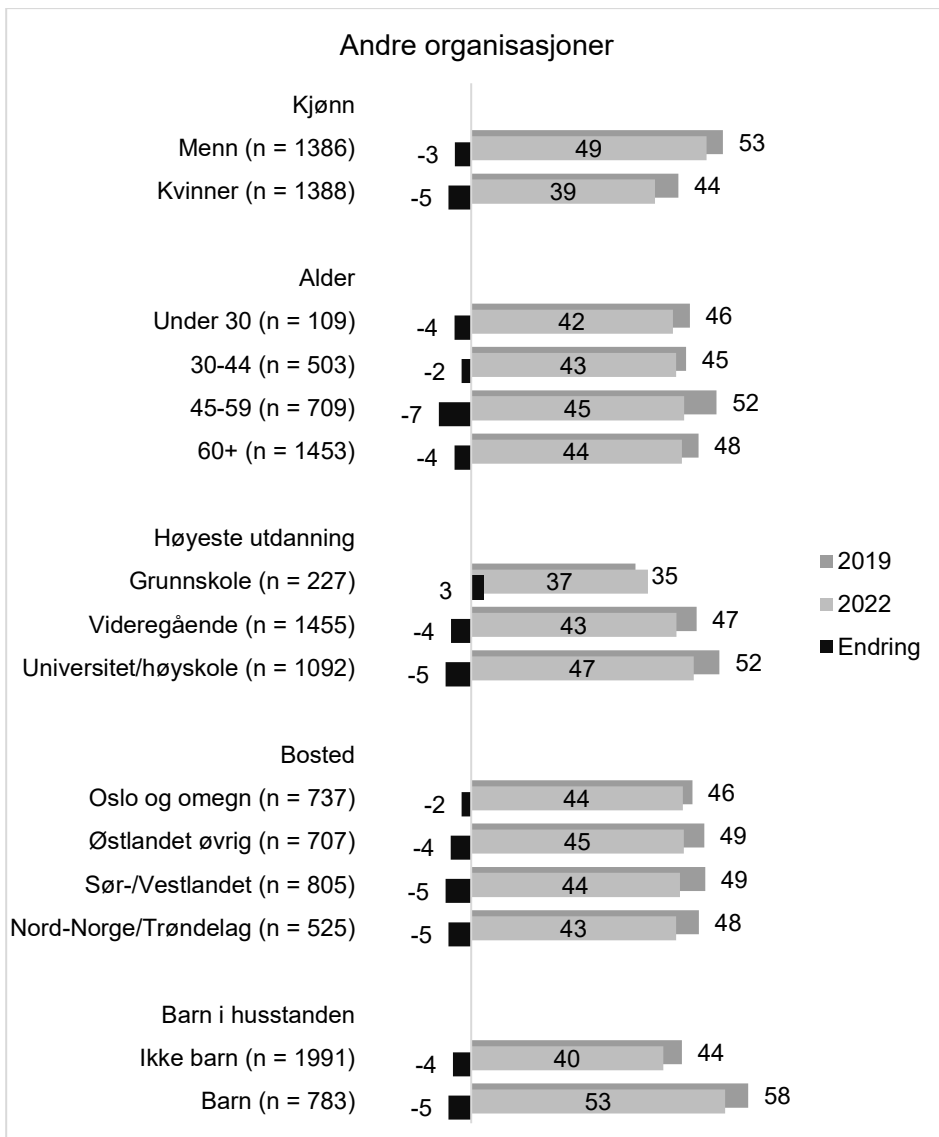
8 prosent i andre organisasjoner. I helseorganisasjonene er det 8 prosent som har gjort mindre enn halvparten av det frivillige arbeidet gjennom digitale kanaler, 6 prosent har gjort halvparten eller mer, mens 85 prosent ikke har gjort slik frivillig innsats. Selv om det fortsatt dreier seg om små andeler av det frivillig arbeidet som utføres digitalt, kan funnene være en indikasjon på at pandemien førte til at frivillige måtte utføre flere aktiviteter digitalt (Se figur 6 i Fladmoe & Arnesen, 2022) og at helsefrivilligheten ledet an i denne utviklingen (Figur 6).

Forklaringer på endringer i deltakelse i frivillig arbeid

I denne delen skal vi se på ulike mulige forklaringer på endringer i frivillig arbeid. I hvilke grupper i befolkningen var endringene størst, og i hvilke grupper var endringene minst? Figur 7 viser endringer i deltakelse basert på kjønn, alder, utdanning, bosted og hvorvidt man har barn i husstanden. De grå søylene viser andelen som svarte at de deltok i frivillig innsats for minst én organisasjon i henholdsvis 2019 (lysegrå) og 2022 (mørkegrå), mens de svarte søylene viser endring.

Helseorganisasjoner





Figur 7. Andel som har deltatt i frivillig innsats siste 12 måneder for helseorganisasjoner og for andre organisasjoner, 2019 og 2022. Sosiodemografiske kjennetegn. Prosent.

Kilde: Panelutvalg. Prosentnivåene er estimert fra en regresjonsmodell der alle variabler er inkludert samtidig. Merk at vi ikke har et direkte mål på om respondentene har hjemmeboende barn. «Barn i husstanden» er basert på et spørsmål om antall personer i husstanden. De som har svart tre eller flere, er inkludert i denne kategorien.

Figur 7 viser betydningen av bestemte bakgrunnskjenetegn for endring i frivillig arbeid for helsefrivilligheten og for andre organisasjoner, når alle andre

faktorer er kontrollert for. Det gjennomgående trekket for «andre organisasjoner» er at det er nedgang på mellom to og fem prosentpoeng for alle sosiodemografiske kjennetegn. Det er litt større nedgang for aldersgruppen 45 – 59 år (-7 prosentpoeng) og en økning for de som har grunnskole som høyeste utdanning (3 prosentpoeng).

Det er naturlig nok mindre andeler av befolkningen som har vært frivillige for helseorganisasjonene, dvs. fra 6 til 12 prosent i 2019. Likevel er det nedgang på mellom ett og fire prosentpoeng fra 2019 til 2022 for nesten alle sosiodemografiske kjennetegn, noe som utgjør en relativt stor nedgang sett i forhold til utgangspunktet. Unntakene er aldersgruppene fra 30 – 44 år og 45 – 59 år, der det ikke har vært noen endring. Gruppene som har hatt størst nedgang (-4 prosentpoeng) er de som er under 30 år, over 60 år, og som har barn. Dette kan ha sammenheng med at aktiviteter der de pleier å bidra i noen grad har blitt begrenset på grunn av smitteverntiltak, men det kan også være begrensninger på eget initiativ for de eldste som har større risiko ved koronasykdom. Denne analysen omfatter alle som har gjort minst én time frivillig arbeid siste 12 måneder, og da blir det de mange kortidsfrivillige som gir størst utslag på endringer i deltakelse.

Helseorganisasjoners bidrag under koronapandemien

I dette kapitlet kartlegger vi typer og omfang av aktiviteter gjennomført eller igangsatt av organisasjoner i helsefrivilligheten under koronapandemien nasjonalt og lokalt og får frem noen viktige nyanser ved å synliggjøre bidrag fra Norsk Folkehjelp Sanitet, Norske Kvinners Sanitetsforening og Norges Røde Kors. Vi undersøker også i hvilken grad aktivitetene har foregått i samarbeid med andre, som offentlige myndigheter, andre organisasjoner og næringslivsaktører. Til slutt ser vi også koronarelaterte aktiviteter i sammenheng med ulike kjennetegn ved foreningene lokalt slik som om foreningen har ansatte, mottok tilskudd fra det offentlige, mottok støtte fra stiftelser og fond og om foreningen samarbeidet med andre.

Koronarelaterte aktiviteter i regi av nasjonale helseorganisasjoner

I den første undersøkelsen ble respondentene i de nasjonale organisasjonene stilt spørsmål om koronarelaterte aktiviteter per tidspunktet denne ble gjennomført, som var i april 2020. I de påfølgende undersøkelsene ble de derimot spurt om slike aktiviteter for hele 2020 og 2021.

81 prosent av nasjonale helseorganisasjoner og 87 prosent av andre typer nasjonale organisasjoner hadde gitt informasjon og råd til sine medlemmer. Når det gjaldt råd og informasjon til andre, var hadde 71 prosent av helseorganisasjonene gjort dette mot 54 prosent av andre organisasjoner. Organisasjonene, og spesielt innenfor helsefrivilligheten spilte med andre ord en viktig rolle i informasjonsformidling i den innledende fasen av pandemien. Flertallet av organisasjonene fortsatte med medlemsrettet informasjonsarbeid gjennom de to pandemiårene. Blant organisasjonene i helsefrivilligheten holdt andelen seg på samme nivå, mens den for andre typer organisasjoner sank til 60 prosent. Informasjonsarbeid overfor andre ser ut til å ha blitt noe redusert over tid i begge kategorier. 63 prosent av helseorganisasjonene svarte at de hadde gjort det gjennom 2020 og 57 prosent gjennom 2021, mot henholdsvis 49 og 37 prosent av andre typer organisasjoner.

Tabell 1 viser også rundt tredjedel av nasjonale helseorganisasjoner koordinerte hjelpetiltak til ulike grupper (risikogrupper, personer i karantene eller isolasjon og andre med bistandsbehov), både innledningsvis og gjennom pandemien. Over den samme perioden var det i tillegg to av ti helseorganisasjoner som rekrutterte frivillige til hjelpeinnsats. I sammenlikning gjaldt det samme bare halvparten av andre typer organisasjoner. Ved siden av å drive informasjonsarbeid, har altså en god del helseorganisasjoner også bidratt i helseberedskap og sosial beredskap i forbindelse med pandemien. Det er nærliggende å tenke at det særlig er de større medlemsbaserte helseorganisasjonene som ligger bak disse tallene. Vi vet fra andre studier at organisasjoner som Norges Røde Kors, Norske Sanitetskvinner og Norsk Folkehjelp mobiliserte for å hjelpe og bistod myndighetene på ulike måter (Hansen & Winsvold, 2022; Norges Røde Kors, 2022). Til slutt i denne delen zoomer vi derfor inn på den korona-relaterte innsatsen til disse tre beredskapsorganisasjonene. Et eksempel på slik innsats er assistanse ved stasjoner for testing og vaksinerings. Av Tabell 1 framgår det at 5 prosent av helseorganisasjonene bidro med dette.

Tabell 1. Gjorde organisasjonen noe av det følgende i forbindelse med koronapandemien?

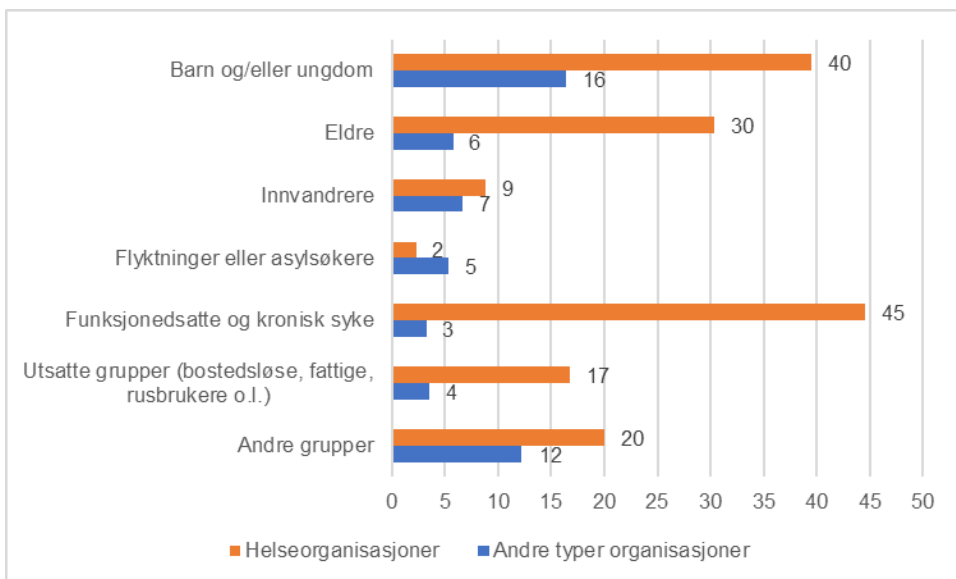
	Mar-apr 2020			Jan-des 2020			Jan-des 2021			Endring i pp. jan-des 2021-2020		
	Helse- friv.	Andre org.	Diff.	Helse- friv.	Andre org.	Diff.	Helse- friv.	Andre org.	Diff.	Helse- friv.	Andre org.	Diff.
Gitt informasjon og råd til medlemmer	81	87	-6	91	90	1	84	60	24*	-8	-30*	
Gitt informasjon og råd til andre	71	54	18*	63	49	14†	57	37	20*	-6	-11*	
Koordinert hjelpetiltak	36	12	24*	32	11	21*	34	10	24*	2	-1	
Rekruttert frivillige til hjelpeinnsats	19	8	11*	15	4	11*	19	5	13*	4	2	
Samlet inn penger til hjelpetiltak	24	11	14*	8	9	-1	13	4	9*	5	-5*	
Assistert ved stasjoner for testing							5	1	4*	5	1	
Andre typer aktiviteter	6	5	1	13	11	2	42	19	23*	29*	8*	
N	51	305		52	371		63	411				

* Sig. < 0.05

Tabell 1 viser i tillegg at 24 prosent av helseorganisasjonene samlet inn penger til konkrete aktiviteter og hjelpetiltak i begynnelsen av pandemien, mot 11 prosent blant andre typer organisasjoner. Utover i pandemien ser færre helseorganisasjoner ut til å ha drevet med pengeinnsamling. 8 prosent gjorde det i 2020 som helhet og 13 prosent i 2021. Kriser fungerer som en viktig ramme for å mobilisere givere, og mange ønsket nok også å bidra innledningsvis i pandemien (Arnesen & Sivesind, 2021). Etter hvert som man kom inn i ny normal kan iveren etter å gi ha blitt dempet, slik at organisasjonene også tilpasset sitt innsamlingsarbeid. Det kom dessuten på plass prosjektstøtte fra Stiftelsen Dam, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet,³ samt statlige kompensasjons- og stimuleringsordninger, som kan ha gjort slik aktivitet mindre nødvendig. Fra tabellen framgår det til sist at 42 prosent av helseorganisasjonene gjennomførte andre typer aktiviteter enn det de ble spurt om i 2021, mot 13 prosent i 2020 og 6 prosent i begynnelsen av pandemien. Det kan tyde på at mange av organisasjonene etter hvert satte i gang koronarelaterte aktiviteter utover de beredskapsaktivitetene vist i tabellen.

I undersøkelsen som dekket 2021, ble det også stilt spørsmål om organisasjonene drev koronarelaterte aktiviteter rettet mot særskilte grupper.

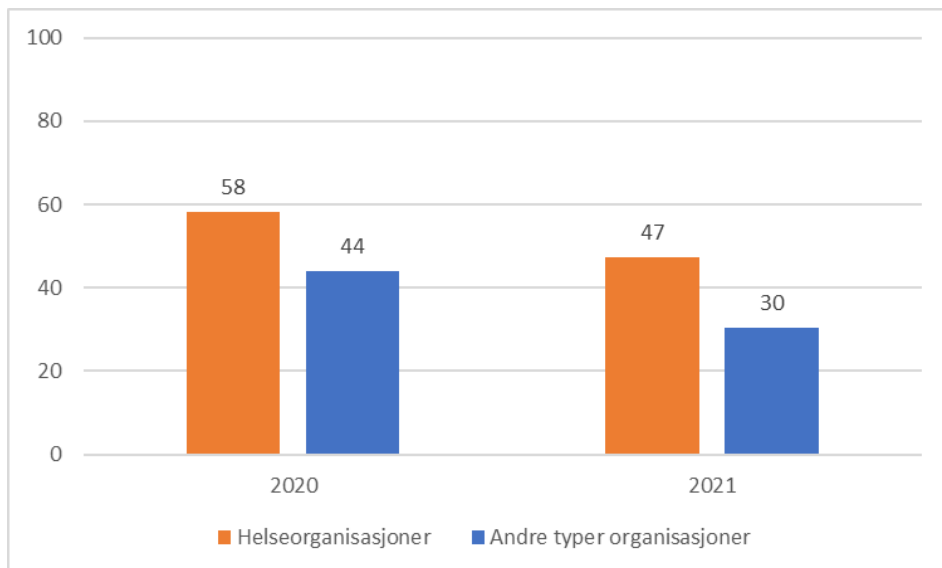
³ Se «Ekstraprogram i forbindelse med koronaepidemien», «Stimuleringsprogram for helsefrivilligheten» og «Aktivitetsprogrammet» på <https://dam.no/programmer/>



Figur 8. Gjennomførte organisasjonen særskilte aktiviteter rettet mot noen av følgende målgrupper i forbindelse med koronapandemien i 2021? N = 52 / 63

Figur 8 viser at nasjonale helseorganisasjoner drev aktiviteter for flere typer grupper. 45 prosent drev aktiviteter for personer med funksjonsnedsettelse eller syke, 40 prosent for barn og/eller ungdom og 30 prosent for eldre. I tillegg drev 17 prosent aktiviteter for utsatte grupper (bostedsløse, fattige, rusmiddelbrukere o.l.) og 20 prosent for andre grupper. Det var til sammenlikning få av andre typer organisasjoner som drev aktiviteter for disse gruppene. I denne kategorien drev flest - 16 prosent - aktiviteter for barn og/eller ungdom, som trolig omfatter organisasjoner innen kultur, idrett og fritid. Felles for både helseorganisasjoner og andre typer organisasjoner var at relativt få drev aktiviteter spesifikt rettet mot innvandrere eller flyktninger.

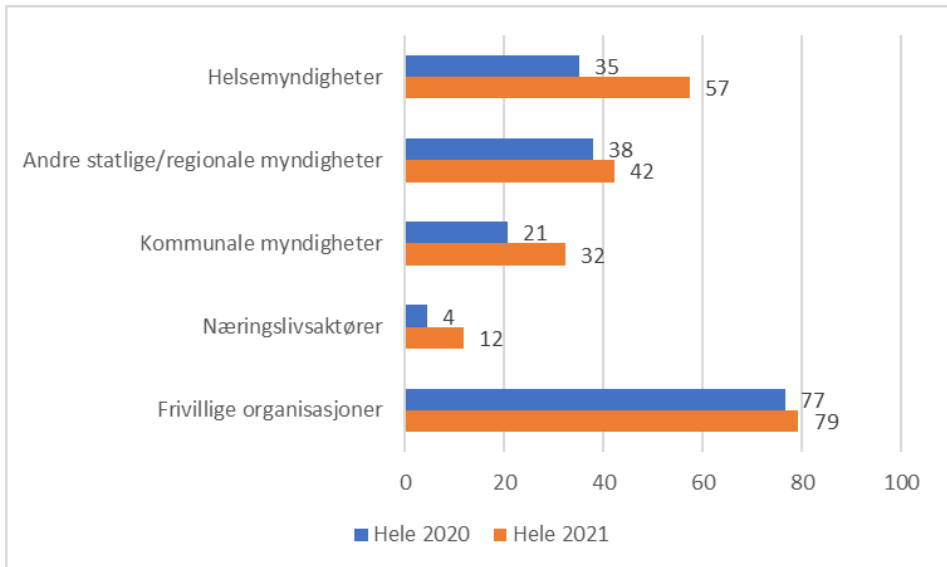
Figur 9 viser andelen organisasjoner som svarte at de hadde samarbeidet med andre - som offentlige myndigheter, næringslivsaktører eller andre frivillige organisasjoner - om konkrete aktiviteter eller tiltak i forbindelse med koronapandemien, for 2020 og 2021.



Figur 9. Samarbeider eller har deres organisasjon samarbeidet med andre - som offentlige myndigheter, næringslivsaktører eller andre frivillige organisasjoner - om konkrete aktiviteter eller tiltak i forbindelse med koronapandemien? N = 55 / 63

Fra Figur 9 framgår det at 58 prosent av nasjonale helseorganisasjoner rapporterte at de samarbeidet med andre om koronarelaterte tiltak i 2020, mot 44 prosent av andre typer organisasjoner. I 2021 var det noe færre i begge kategorier som svarte det samme, henholdsvis 47 og 30 prosent.

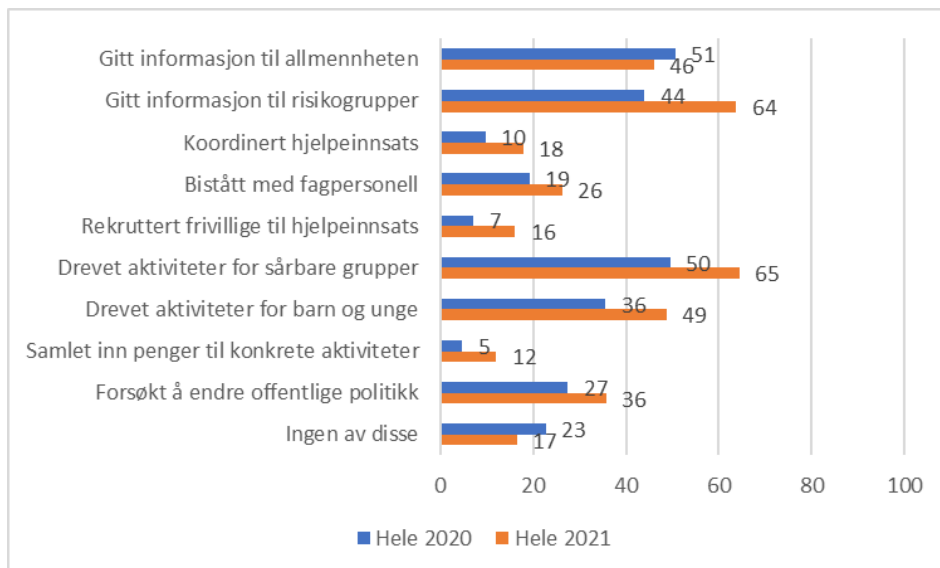
De som oppga å ha samarbeidet med andre om koronarelaterte aktiviteter, fikk noen oppfølgingsspørsmål der de ble bedt om å svare generelt om dette. Siden disse gikk til en liten undergruppe i utvalgene, er disse tallene beheftet ved større statistisk usikkerhet som gjør at forskjeller innad og mellom dem må tolkes med forsiktighet. For disse spørsmålene pekes det på noen hovedtrekk for de nasjonale helseorganisasjonene, uten at de sammenliknes med andre typer organisasjoner. Ett av spørsmålene var hvilke typer aktører de hadde samarbeidet med om koronarelaterte aktiviteter. Figur 10 viser fordelingen på spørsmålet for 2020 og 2021.



Figur 10. Hvem samarbeidet eller samarbeider dere med? N = 32 / 27

Av helseorganisasjonene som hadde samarbeidet med andre i 2020, svarte 77 prosent at de hadde hatt samarbeid med andre frivillige organisasjoner. Videre hadde 35 prosent samarbeidet med nasjonale helsemyndigheter, 38 prosent med andre statlige eller regionale myndigheter, og 21 prosent med kommunale myndigheter. Svært få, bare 4 prosent, samarbeidet med næringslivsaktører. I 2021 var det flere helseorganisasjoner som svarte at de hadde samarbeidet med helsemyndigheter og kommunale myndigheter, henholdsvis 57 og 32 prosent. Det var også en del flere, 12 prosent, som hadde samarbeidet med næringslivsaktører. Andelen som hadde samarbeidet med andre frivillige organisasjoner og andre statlige eller regionale myndigheter, var den samme som for 2020.

Videre ble det stilt spørsmål om hvilke typer aktiviteter organisasjonene oppga å drive med som del av samarbeidet. Figur 11 viser fordelingen på dette spørsmålet for 2020 og 2021.

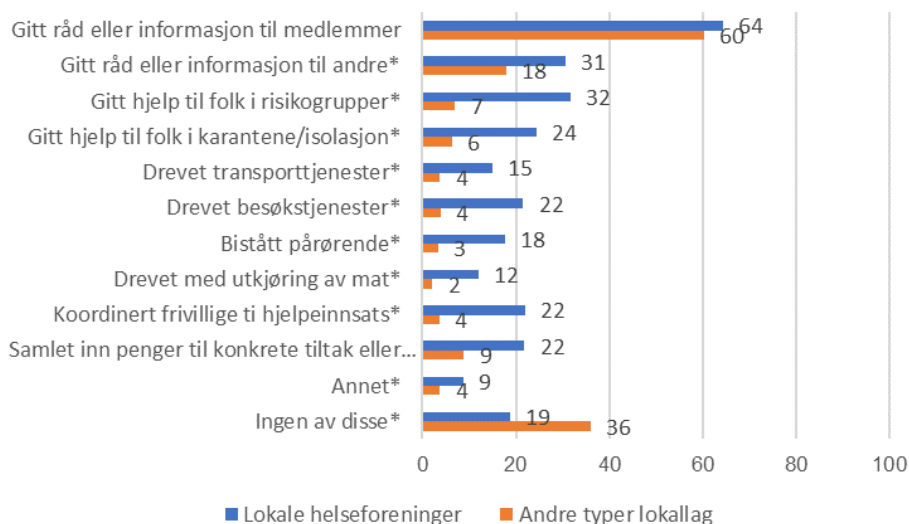


Figur 11. Gjør eller har deres organisasjon gjort noe av følgende som del av samarbeidet? N = 32 / 27

Fra figuren framgår det at mange av helseorganisasjonene samarbeidet med andre om å informere allmenheten, men også informasjons- og aktivitetstiltak inn mot særskilte grupper. Fra rundt halvparten til to tredjedeler hadde gitt informasjon til risikogrupper og drevet med aktivitet særskilt for sårbare grupper. En høy andel (36 prosent i 2020 og 49 prosent i 2021) samarbeidet om aktiviteter for barn og unge. Samarbeid om beredskaps- og hjelpetiltak ser på sin side ut til å ha vært begrenset til en mindre gruppe av helseorganisasjoner. Dette gjaldt aktivitet som koordinering av hjelpeinnsats, bistand med fagpersonell og rekruttering av frivillige. Få samarbeidet også med andre om å samle inn penger til konkrete aktiviteter. Dette er aktiviteter som ikke alle nasjonale helseorganisasjoner driver med i samme grad. Videre viser figuren at samarbeidet også kunne dreie seg om politisk arbeid. Opp mot en tredjedel svarte at de hadde forsøkt å endre offentlig politikk i samarbeid med andre. Til sist viser figuren at en del organisasjoner samarbeidet om andre typer aktiviteter enn de som var nevnt.

Koronarelaterte aktiviteter i regi av lokale helseforeninger

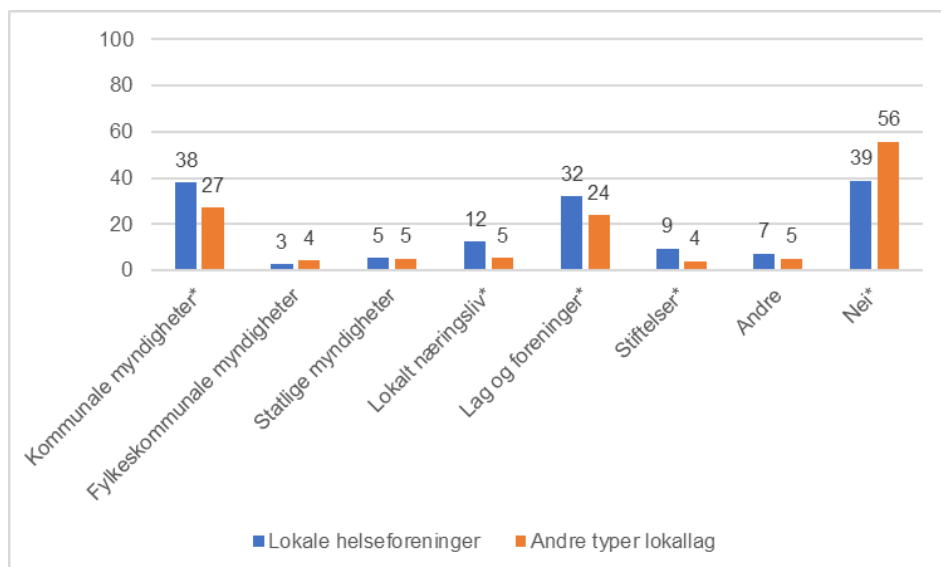
I lokallagsundersøkelsen ble det stilt tilsvarende spørsmål til respondenter i lokale foreninger om koronarelaterte aktiviteter og tiltak i 2021 og tidlig i 2022. Figur 12 viser andelen helseforeninger og andre typer lokallag som gjennomførte de ulike aktivitetene.



Figur 12. Har foreningen gjennomført noen av følgende aktiviteter i forbindelse med koronapandemien de siste 12 måneder? N = 445 (* Sig. < 0.05)

Figur 12 viser at flertallet både av lokale helseforeninger og andre typer lokallag gav råd og informasjon til sine medlemmer, med henholdsvis 64 og 60 prosent. Lokale helseforeninger gav imidlertid i større grad også råd eller informasjon til andre (31 prosent), og hjelp til folk i risikogrupper (32 prosent) og hjelp til folk i karantene eller isolasjon (24 prosent). Sammenlignet med andre typer lokallag, bidro også helseforeninger i større grad med å koordinere frivillige til hjelpeinnsats og samle inn penger til tiltak eller aktiviteter (22 prosent). I tillegg svarte en del foreninger at de bistod pårørende (18 prosent), drev transporttjenester (15 prosent) og drev utkjøring av mat (12 prosent).

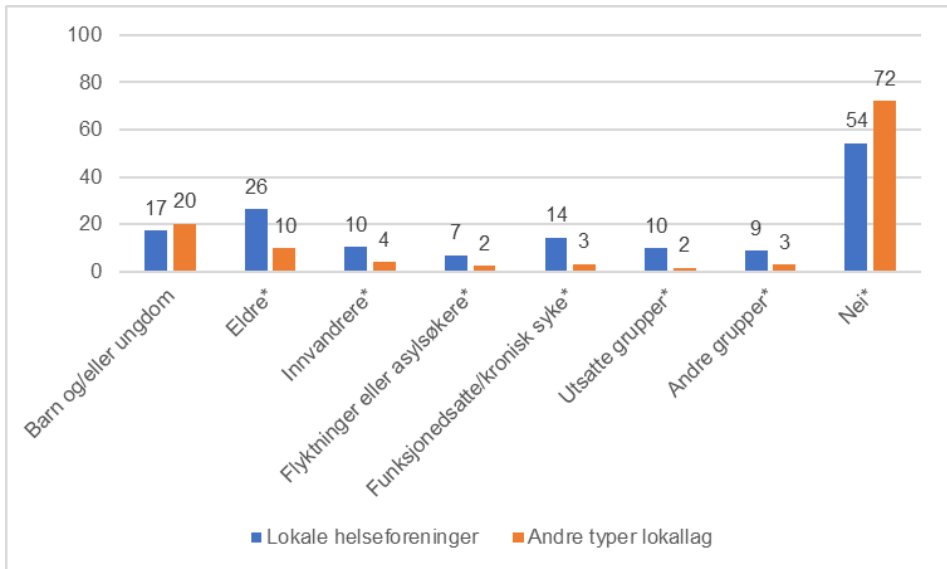
Figur 13 viser andelen av lokale helseforeninger og andre typer lokallag, som samarbeidet med ulike andre typer aktører om de koronarelaterte tiltakene og aktivitetene.



Figur 13. Ble noen av noen av de koronarelaterte aktivitetene gjennomført i samarbeid med andre? Hvis ja, hvem samarbeidet foreningen med? N = 354 (* Sig. < 0.05)

Den lokale helsefrivilligheten samarbeidet i større grad enn andre deler av frivilligheten med offentlige og private aktører om gjennomføringen av de koronarelaterte tiltakene. Den aktøren som flest foreninger rapporterte at de hadde samarbeidet med, var kommunale myndigheter. 38 prosent av lokale helseforeninger svarte at de hatt slikt samarbeid, mens det samme gjaldt 27 prosent av andre typer lokallag. Det var relativt få foreninger i begge kategorier som samarbeidet med myndigheter på fylkeskommunalt og statlig nivå. Mange oppga derimot at de hadde samarbeid med andre lag og foreninger. 32 prosent av lokale helseforeninger og 24 prosent av andre typer lokallag svarte dette. I tillegg samarbeidet 12 prosent av helseforeningene med lokalt næringsliv og 9 prosent med stiftelser.

Det ble også stilt et spørsmål til alle foreninger om de hadde gjennomført koronarelaterte aktiviteter som var rettet inn mot spesifikke målgrupper.



Figur 14. Har foreningen drevet koronarelaterte aktiviteter for noen av følgende grupper? N = 354 (* Sig. < 0.05)

Figur 14 viser at 17 prosent av lokale helseforeninger og 20 prosent av andre typer lokallag gjennomførte aktiviteter rettet mot barn og/eller ungdom. Figuren viser imidlertid at lokale helseforeninger i større grad enn andre typer lokallag gjennomførte aktiviteter for eldre, innvandrere, flyktninger eller asylsøkere, funksjonsnedsette og kronisk syke, samt utsatte grupper som bostedsløse, fattige, rusmiddelbrukere og liknende.

I Tabell 2 ses lokale helseforeningers koronarelaterte aktiviteter i sammenheng med ulike kjennetegn ved foreningene. Det skiller mellom fire hovedtyper av koronarelaterte aktiviteter: *Drev informasjonsarbeid* (gitt informasjon til allmennheten og/eller medlemmer), *koordinerte eller drev hjelpetiltak* (gitt hjelp til personer i risikogrupper og/eller isolasjon eller karantene, koordinert frivillige til hjelpeinnsats), *gav annen bistand* (drevet transporttjenester, besøkstjenester, utkjøring av mat, bistått pårørende), og *samlet inn penger*.

Tabell 2. Andel lokale helseforeninger som gjennomførte koronarelaterte aktiviteter etter ulike bakgrunnskjennetegn.

	Drev informasjonsarbeid	Koordinerte eller drev hjelpetiltak	Gav andre typer bistand	Samlet inn penger
Medlemmer				
Ingen	63	58	54	9
1-49	55	35	25	30
50-99	66	34	33	22
100-249	73	44	37	28
250 eller flere	85	62	56	18
P-verdi	0,0019	0,0003	0,0001	0,0121
Frivillige				
Ingen	59	43	31	16
1-9	57	24	26	10
10-24	70	49	45	24
25-49	78	59	42	40
50 eller flere	85	65	66	28
P-verdi	0,0009	0,0000	0,0000	0,0001
Har ansatte				
Ja	83	43	36	22
Nei	66	72	73	22
P-verdi	0,0280	0,0003	0,0000	0,9742
Mottok tilskudd fra det offentlige				
Ja	75	53	44	22
Nei	64	42	37	22
P-verdi	0,0240	0,0401	0,1795	0,9944
Mottok støtte fra stiftelser og fond				
Ja	81	54	56	23
Nei	65	44	37	22
P-verdi	0,0062	0,1266	0,0027	0,8647
Samarbeidet med andre				
Ja	83	71	62	31
Nei	53	21	19	13
P-verdi	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
N	445	445	445	445

Note: P-verdier fra kjiqvadrattest. < 0.05 er statistisk signifikant på 5 prosentnivået.

Tabellen viser for det første at helseforeninger med mange medlemmer i større grad drev både med informasjonsarbeid, hjelpetiltak og andre former for koronarelatert bistand, enn de med få medlemmer. 85 prosent av foreninger med 250 eller flere medlemmer drev med informasjonsarbeid, 62 prosent koordinerte og gav hjelp og 56 prosent ytte annen bistand. Til sammenlikning var det blant foreninger med inntil 49 medlemmer henholdsvis 55 prosent, 35 prosent og 25 prosent som gjorde det samme. Forskjellen var imidlertid mindre mellom mellomstore og store foreninger. Tabellen viser også at foreninger uten medlemmer gav hjelp og bistand i samme omfang som de større medlemsbaserte foreningene. Foreninger uten medlemmer samlet derimot i mindre grad inn penger til koronarelaterte aktiviteter og tiltak, mens små, mellomstore og store foreninger gjorde dette i noenlunde samme utstrekning.

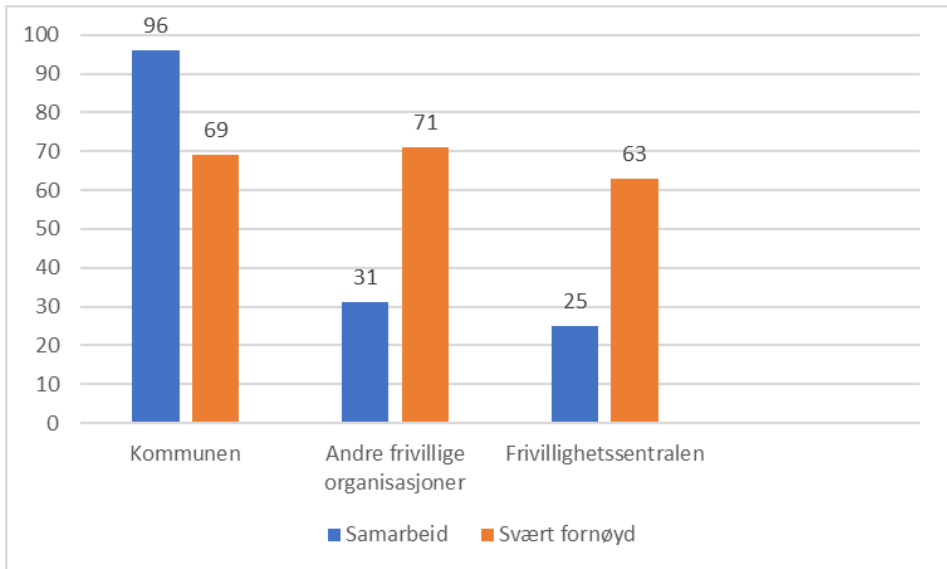
Videre ses det tilsvarende forskjeller etter antall frivillige i foreningene. Foreninger med relativt mange frivillige drev i større grad med informasjonsarbeid, hjelpetiltak og andre former for bistand, enn de med få. 85 prosent av de med 50 eller flere frivillige drev med informasjonsarbeid, 65 prosent koordinerte og gav hjelp og 66 prosent ytte annen bistand. Av de med bare inntil 9 frivillige var andelen 57 prosent, 24 prosent og 26 prosent. Også her var forskjellen imidlertid mindre mellom mellomstore og store foreninger, målt i antall frivillige. Samtidig viser tabellen at mellomstore foreninger i noe større grad samlet inn penger. Blant de med 25-49 frivillige var andelen 40 prosent, mot 28 prosent av de største og 10 prosent av de minste. Blant foreninger uten frivillige, var andelen som drev de ulike aktivitetene på samme nivå som foreninger med relativt få frivillige.

Andelen som drev informasjonsarbeid, koordinerte eller drev hjelpetiltak og gav andre typer bistand er høyere blant helseforeninger med ansatte enn uten. Det er derimot ikke noe skille mellom foreninger med og uten ansatte hva gjaldt innsamling av penger. Videre viser tabellen at foreninger som mottok offentlig støtte i noe større grad drev informasjonsarbeid og koordinerte eller drev hjelpetiltak (henholdsvis 75 mot 64 prosent og 53 mot 42 prosent). Andelen som drev informasjonsarbeid var høyere også blant de som mottok støtte fra stiftelser og fond, samt de som gav andre typer bistand (henholdsvis 81 mot 65 prosent og 56 mot 37 prosent). Til sist ser det å ha samarbeidet med andre om aktiviteten til å utgjøre en viktig forskjell. De som hadde samarbeidet med offentlige, frivillige eller andre aktører, hadde i markant større grad drevet med alle de fire ulike aktivitetene.

Koronarelaterte aktiviteter og mobilisering i tre beredskapsorganisasjoner

Analysene over viser aktivitetene til helsefrivilligheten sett under ett, nasjonalt og lokalt. Ved å se nærmere på tre av medlemsorganisasjonene til Stiftelsen Dam; Norske Kvinners Sanitetsforening, Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors, kan vi også få frem viktige nyanser som det overordnede bildet ikke viser. Disse tre beredskapsorganisasjonene mobiliserte og var viktige støtteaktører slik at myndighetene blant annet kunne gjennomføre testing i stor skala og vaksineringsprogrammer av befolkningen. Norsk Folkehjelp og Røde Kors avlastet også offentlige aktører blant annet gjennom transportoppdrag og beredskapsambulanser. Ser vi på supplerende surveydata til analysene gjengitt over fra det pågående forskningsprosjektet [Voluntary organizations in local emergency management \(VOLEM\)](#), finner vi at en majoritet i (til dels) sammenliknbare enheter i alle tre organisasjonene, nemlig Norske Kvinners Sanitetsforening, Norsk Folkehjelp Sanitet og Røde Kors Hjelpekorps, gjorde en koronarelatert innsats i løpet av 2021. Støtteaktør til vaksineringsregimet (f.eks. gjennom vaktordninger på vaksinstasjonene) var da den aktiviteten som flest bidro til. Av dem som deltok i disse tre surveyene og som rapporterte å gjøre en koronarelatert innsats, var det 71 prosent (305 respondenter) blant sanitetskvinnene, 52 prosent (98 respondenter) i Norsk Folkehjelp Sanitet og 41 prosent (921 respondenter) i Røde Kors som bidro til vaksineringsprogrammet. Prosentandelen for Røde Kors viser her til alle i organisasjonen som hadde gjort en koronarelatert innsats de siste 12 månedene ifølge en undersøkelse til alle frivillige høsten 2021, men noter at bredden i aktivitetene her var større enn i de andre organisasjonene. Se Røde Kors (2022) for mer analyse av støtteaktøraktivitetene og de humanitære aktivitetene til organisasjonen under pandemien.

Et av premissene for å kunne utøve en god støtteaktørrolle overfor myndighetene, er godt samarbeid partene imellom. Koronapandemien har ført til økt beredskapssamarbeid mellom beredskapsorganisasjonene og kommunene (Hansen & Winsvold, 2022). Funn fra spørreundersøkelsen til Norske Kvinners Sanitetsforening illustrerer denne trenden med økt samarbeid. Figur 15 viser at hele 96 prosent av dem som gjorde en koronarelatert innsats i organisasjonen samarbeidet med kommunen. Av disse var 69 prosent svært fornøyd med dette samarbeidet.



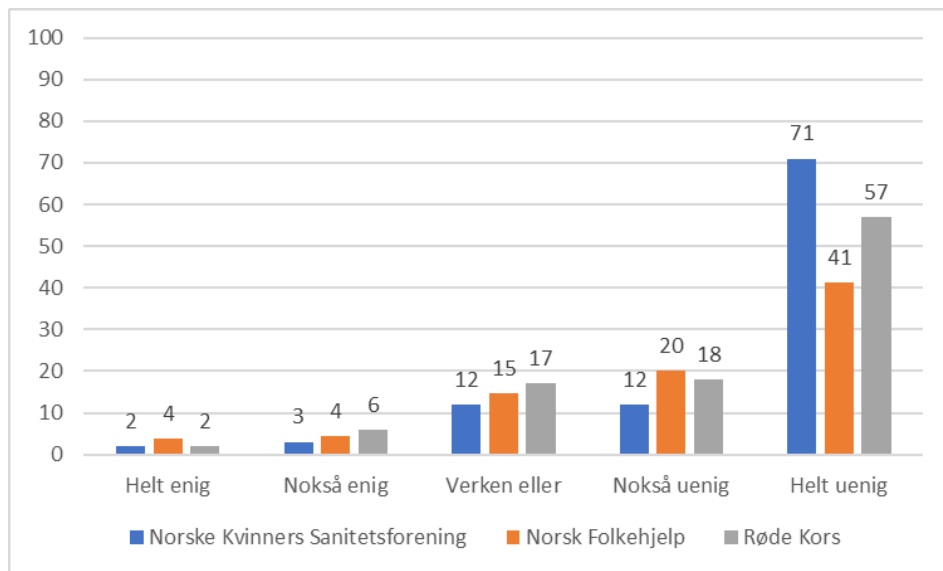
Figur 15. Norske Kvinners Sanitetsforening: Samarbeid med andre aktører og andel svært fornøyd med samarbeid, prosent.

Til sammenlikning samarbeidet 31 prosent av de frivillige i sanitetskvinnene med andre frivillige organisasjoner og 25 prosent med frivillighetssentralen. Mens 71 prosent rapporterte å være svært fornøyd med samarbeidet med andre frivillige organisasjoner, er tilsvarende tall for frivillighetssentralen 63 prosent. Disse tallene indikerer at samarbeidet har fungert godt, men at det er potensial for økt omfang av samarbeid på tvers av organisasjoner og med frivillighetssentralene i kommunene.

Til tross for rapporter om mer og godt samarbeid med offentlige aktører, har en langvarig krise slik som korona også vært krevende å håndtere for helsefrivilligheten. Oppgavene var varierte, uvante og til dels langvarige. Gjennom intervjuer kommer det frem at balansen mellom det «akutte» og noe som liknet en driftssituasjon (og som det offentlige kunne drifte selv), var utfordrende (Hansen & Winsvold, 2022). De frivillige trekker fram mangel på planer og forventningsavklaringer opp mot kommunen som et forbedringspunkt.

Ut fra det samlede datamaterialet vi har tilgjengelig for de tre beredskapsorganisasjonene, kan vi imidlertid ikke si at pandemien har påvirket motivasjonen til de frivillige (som ikke har sluttet riktignok) i negativ retning. For mange har det heller vært motsatt, og det har vært både en rask og langvarig

mobilisering blant de frivillige. I spørreundersøkelsene til de frivillige i de tre beredskapsorganisasjonene ba vi dem ta stilling til blant annet påstanden «Deltakelse i koronarespons har tappet meg for motivasjon som frivillig». Figur 16 viser svarfordelingen for alle tre organisasjonene.



Figur 16. Svarfordeling på påstanden «Deltakelse i koronarespons har tappet meg for motivasjon som frivillig», prosent.

Figuren viser at 71 prosent blant sanitetskvinnene, 41 prosent i Norsk Folkehjelp Sanitet og 57 prosent i Røde Kors (hele organisasjonen og ikke bare hjelpekorpsset) er helt uenig i denne påstanden. Andelene som er nokså enig eller helt enig i denne påstanden er 8 prosent eller lavere i alle tre organisasjonene. Dette er oppløftende nyheter etter en langvarig krise som pandemien.

Konklusjon

I en krisesituasjon kan frivillige organisasjoner mobilisere frivillige og spille en sivilsamfunnsrolle ved å være bindeledd til myndighetene. Helsefrivilligheten har bidratt på begge områder under pandemien, og det både gjennom helseberedskap som informasjonsformidling om smittevern og vaktordning på vaksinstasjonene og gjennom sosial beredskap som sosial omsorg, menneskelig kontakt, assistanse, og aktiviteter for de som ellers kan bli isolerte. I en krisetid som det koronapandemien var fra mars 2020 til tidlig 2022 er organisasjonene spesielt viktige ved at de oppdager behov, setter i gang prosjekter, og kommuniserer og samarbeider med myndighetene basert på sin spesifikke og lokale kunnskap.

Men på tross av slike viktige oppgaver har helsefrivilligheten opplevd nedgang i både medlemskap og frivillig arbeid fra 2019 til 2022, for nesten alle befolkningsgrupper. Befolkningsundersøkelsene viser at nedgangen i andelen som gjør frivillig innsats og var medlemmer i helsefrivilligheten gjennom pandemien var større enn for andre typer organisasjoner. Størst nedgang finner vi når det gjelder *frivillig arbeid* for unge under 30 år, for eldre over 60 år og de som har barn, mens det har vært stabilt for 30 – 44 år og 45 – 59 år. Det er de kortidsfrivillige som gir størst utslag i denne analysen der alle som utførte minst én time frivillig arbeid siste år er med. Nedgangen svekker organisasjonene fordi medlemskontingent er viktig for økonomien, frivillige er viktige for arbeidskapasitet, og aktive er viktige for rekkevidden av arbeidet.

I helsefrivilligheten var det en økning i andelen som bidro for én og for to organisasjoner mens det var nedgang i andelen som bidro for tre eller flere organisasjoner. I andre typer organisasjoner var det større stabilitet. Likevel var det større andeler som bidro med flere timer frivillig arbeid per uke i helsefrivilligheten og dette bildet var stabilt gjennom pandemien. To forhold kan ha bidratt til dette. For det første var det i helseorganisasjonene større andeler som gjorde koronarelatert frivillig arbeid. For det andre har helseorganisasjonene brukte digitale kanaler i noe høyere grad enn andre organisasjoner. Dette kan ha gjort at helsefrivillige konsentrerte seg om én eller to organisasjoner samtidig som de bidro med flere timer frivillig arbeid per uke enn i andre organisasjoner.

Gjennom organisasjonsundersøkelsene våre i koronaperioden har vi brakt på bane at helsefrivilligheten har bidratt på mange ulike måter og områder under pandemien både nasjonalt og lokalt.

Nasjonale og lokale helseorganisasjoner har drevet aktiviteter for flere typer grupper, deriblant aktiviteter for personer med funksjonsnedsettelse eller syke, for barn og/eller ungdom og for eldre i større grad enn andre organisasjoner under pandemien. Det er også flere helseorganisasjoner enn andre organisasjoner som rapporterer å ha samarbeidet med offentlige myndigheter, næringslivsaktører eller andre frivillige organisasjoner - om konkrete aktiviteter eller tiltak i forbindelse med koronapandemien, både i 2020 og i 2021. Disse forskjellene må sees i sammenheng med at pandemien, i første rekke, var en helsekrise, men tallene viser at helsefrivilligheten har mobilisert til både rask og langvarig innsats under pandemien.

Den lokale helsefrivilligheten samarbeidet i større grad enn andre deler av frivilligheten med offentlige og private aktører om gjennomføringen av de koronarelaterte tiltakene. Den aktøren som flest foreninger rapporterte at de hadde samarbeidet med, var kommunale myndigheter. Kommunene har også vært en spesielt viktig fasilitator og samarbeidspartner når det gjelder testing og vaksinerings av lokalbefolkningen. Norsk Folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening og Norges Røde Kors har samarbeidet tett som støtteaktør med kommunen i dette arbeidet. Dette samarbeidet har i stort fungert godt til tross for manglende pandemiplaner og lite tid til forventningsavklaringer på forhånd.

Mens de lokale helseforeningene samarbeidet i større grad med kommunene enn de nasjonale helseorganisasjonene, var samarbeidet med andre nasjonale organisasjoner spesielt utbredt nasjonalt etterfulgt av samarbeid med nasjonale helsemyndigheter, og andre statlige eller regionale myndigheter. Relativt få lokale hjelpeforeninger samarbeidet med myndigheter på fylkeskommunalt og statlig nivå. Helseorganisasjonene samarbeidet spesielt med andre om å informere allmenheten, gjennom informasjons- og aktivitetstiltak inn mot særskilte grupper og om aktiviteter for sårbare grupper.

Våre analyser viser videre at den lokale foreningsinnsatsen under pandemien naturlig nok også har vært påvirket av ressursene de har hatt tilgjengelig. Helseforeninger med mange medlemmer (250 eller flere) har i større grad drevet både med informasjonsarbeid, hjelpetiltak og andre former for koronarelatert bistand, enn de med få medlemmer. Imidlertid finner vi at helseforeninger uten medlemmer gav hjelp og bistand i samme omfang som de

større medlemsbaserte foreningene, men foreninger uten medlemmer samlet i mindre grad inn penger til koronarelaterte aktiviteter og tiltak.

Andelen som drev informasjonsarbeid, koordinerte eller drev hjelpetiltak og gav andre typer bistand er høyere blant helseforeninger med ansatte enn uten. Det er derimot verdt å merke seg at det ikke er noe skille mellom helseforeninger med og uten ansatte hva gjaldt innsamling av penger. Foreninger som mottok offentlig støtte, har i noe større grad drevet informasjonsarbeid og koordinert eller drevet hjelpetiltak sammenliknet med dem som ikke mottok støtte.

Andelen som drev informasjonsarbeid var høyere også blant dem som mottok støtte fra stiftelser og fond, samt de som gav andre typer bistand. Vi finner også at det å ha samarbeidet med andre om aktiviteten utgjør en viktig forskjell. De lokale helseforeningene som hadde samarbeidet med offentlige, frivillige eller andre aktører, hadde i markant større grad drevet med informasjonsarbeid, koordinert eller drevet hjelpetiltak, gitt annen bistand (det vil si transporttjenester, besøkstjenester, utkjøring av mat, bistått pårørende), og samlet inn penger.

Helt til slutt vil vi nevne at aktivitetsnivået vi har avdekket i denne rapporten må sees i sammenheng med at Norge har kommet gjennom pandemien lettere enn nesten alle andre land.

Sammendrag

Forfatter Karl Henrik Sivesind, Daniel Arnesen, Vibeke Wøien Hansen, Audun Fladmoe og Bernard Enjolras

Tittel Helsefrivillighetens samfunnsbidrag under koronapandemien

Sammendrag I denne rapporten undersøker vi hvilke konsekvenser koronapandemien har hatt for frivillig innsats. Vi kartlegger også på omfanget av koronarelatert aktivitet for helsefrivilligheten nasjonalt og lokalt samt illustrerer innsatsen gjennom eksempler fra noen enkeltorganisasjoner. Datagrunnlaget er i hovedsak spørreundersøkelser til befolkningen om frivillig innsats gjennomført før (vinteren 2019) og sent (vinteren 2022) i pandemien, og spørreundersøkelser til frivillige organisasjoner gjennomført våren 2020, 2021 og 2022.

I en krisesituasjon kan frivillige organisasjoner mobilisere frivillige og spille en sivilsamfunnsrolle ved å være bindeledd til myndighetene. Helsefrivilligheten har bidratt på begge områder under pandemien, og det gjennom både helseberedskap og sosial beredskap.

I en krisetid som det koronapandemien var fra mars 2020 til tidlig 2022 er organisasjonene spesielt viktige ved at de oppdager behov, setter i gang prosjekter, og kommuniserer og samarbeider med myndighetene basert på sin spesifikke og lokale kunnskap. Men på tross av slike viktige oppgaver har helsefrivilligheten opplevd nedgang i både medlemskap og frivillig arbeid fra 2019 til 2022, for nesten alle befolkningsgrupper. Befolkningsundersøkelsene viser at nedgangen i andelen som gjør frivillig innsats og var medlemmer i helsefrivilligheten gjennom pandemien var større enn for andre typer organisasjoner. Størst nedgang finner vi når det gjelder frivillig arbeid for unge under 30 år, for eldre over 60 år og de som har barn, mens det har vært stabilt for 30 – 44 år og 45 – 59 år. Det er de kortidsfrivillige som gir størst utslag i denne analysen der alle som utførte minst én time frivillig arbeid siste år er med. Nedgangen svekker organisasjonene fordi medlemskontingent er viktig for økonomien, frivillige er viktige for arbeidskapasitet, og aktive er viktige for rekkevidden av arbeidet. I helsefrivilligheten var det likevel en økning i andelen som bidro for én og for to organisasjoner mens det var nedgang i andelen som bidro for tre eller flere organisasjoner.

Gjennom organisasjonsundersøkelsene våre i koronaperioden har vi brakt på bane at helsefrivilligheten har bidratt på mange ulike måter og områder under pandemien både nasjonalt og lokalt.

Nasjonale og lokale helseorganisasjoner har drevet aktiviteter for flere typer grupper, deriblant aktiviteter for personer med funksjonsnedsettelse eller syke, for barn og/eller ungdom og for eldre i større grad enn andre organisasjoner under pandemien. Det er også flere helseorganisasjoner enn andre organisasjoner som rapporterer å ha samarbeidet med offentlige myndigheter, næringslivsaktører eller andre frivillige organisasjoner om konkrete aktiviteter eller tiltak i forbindelse med koronapandemien, både i 2020 og i 2021. Disse forskjellene må sees i sammenheng med at pandemien, i første rekke, var en helsekrise, men tallene viser at helsefrivilligheten har mobilisert til både rask og langvarig innsats under pandemien.

Emneord

frivillig innsats, frivillig arbeid, organisasjoner, pandemi

English Summary

Author Karl Henrik Sivesind, Daniel Arnesen, Vibeke Wøien Hansen, Audun Fladmoe og Bernard Enjolras

Title The contributions of health volunteers and health organizations under the pandemic

Summary This report reviews the contributions of health volunteers and health organizations under the pandemic in Norway. We look at developments in voluntary participation under the pandemic and contrast these developments to the situation before the pandemic. Furthermore, we investigate the contributions made by health organizations in comparison to other organizations in Norway both at the national and local level. We also illustrate the contributions made by zooming in on examples of corona response taken by three emergency response organizations in particular. While the number of volunteers at the individual level decreased somewhat under the pandemic, we find that the health volunteers and health organizations have mobilized to a great extent and supported the national and local government in their response to tackle and reduce the short term and long term consequences of the pandemic in Norway in a variety of ways: from providing information and facilitating testing and vaccination to initiating activities for vulnerable groups.

Index terms voluntary participation, volunteering, organizations, pandemic

Litteratur

- Arnesen, D. (2015). *Undersøkelsene om frivillig innsats 1998 - 2014. Dokumentasjonsrapport* [Rapport 201 5-3]. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Arnesen, D. & Sivesind, K.H. (2020). *Organisasjonslandskap i endring 2009–2019: Fra ideologisk samfunnsendring til individuell utfoldelse?* [Rapport 2020-5]. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Arnesen, D., Sivesind, K. H. & Enjolras, B. (2020). *Kompensasjonsordningen for idrett og frivillighet forbindelse med Covid-19.* [Notat 2020:1]. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Arnesen, D. & Sivesind, K. H. (2021). *Frivillighet og koronakrisen. Befolkningens frivillige innsats og frivillige organisasjoners rolle, aktiviteter og økonomi under koronakrisen i Norge* [Rapport 2021-2]. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Fladmoe, A., Eimhjellen, I., Sivesind, K. H. & Arnesen, S. (2019). *Frivillighetens grunnfjell: Hvem gir mest tid og penger til frivillige organisasjoner?* [Rapport]. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Fladmoe, A. & Arnesen, D. (2022). *Frivillighet i pandemiens tid. Koronapandemiens betydning for frivillig innsats og lokale frivillige organisasjoner* [Rapport].
- Hansen, V.W. og Winsvold, M.S. (2021). *Fremtidens frivillige beredskap. Delrapport 2: Beredskapsorganisering i møte med fremtiden.* [Rapport 2022:12]. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- ILO. (2011). *Manual on the Measurement of Volunteer Work.* International Labour Organization.
- Norges Røde Kors (2022). *Røde Kors' innsats under pandemien i Norge 2020–2021.* [Rapport]. Oslo: Røde Kors.

